

Online publizierte Arbeiten zur Linguistik

3/2016

Im Auftrag des Instituts für Deutsche Sprache
herausgegeben von Hardarik Blühdorn, Mechthild Elstermann und Doris Stolberg

Christina Mack, Christoph Nikendei,
Johannes C. Ehrenthal, Thomas Spranz-Fogasy:

*„[...] hab ich glaub ich die richtigen
fragen gestellt“*

Therapeutische Fragehandlungen in psychodiagnostischen Gesprächen

doi:10.14618/opal_03-2016



Institut für Deutsche Sprache
Postfach 10 16 21
68016 Mannheim
opal@ids-mannheim.de

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft



© 2016 IDS Mannheim – Alle Rechte vorbehalten

Das Werk einschließlich seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung der Copyright-Inhaber unzulässig und strafbar. Das zulässige Zitieren kleinerer Teile in einem eigenen selbstständigen Werk (§ 51 UrhG) erfordert stets die Angabe der Quelle (§ 63 UrhG) in einer geeigneten Form (§ 13 UrhG). Eine Verletzung des Urheberrechts kann Rechtsfolgen nach sich ziehen (§ 97 UrhG). Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Die zugänglichen Daten dürfen von den Nutzern also nur zu rein wissenschaftlichen Zwecken genutzt werden. Eine darüber hinausgehende Nutzung, gleich welcher Art, oder die Verarbeitung und Bearbeitung dieser Daten mit dem Zweck, sie anschließend selbst oder durch Dritte kommerziell zu nutzen, bedarf einer besonderen Genehmigung des IDS (Lizenz). Es ist nicht gestattet, Kopien der Textdateien auf externen Webservern zur Verfügung zu stellen oder Dritten auf sonstigem Wege zugänglich zu machen. Bei der Veröffentlichung von Forschungsergebnissen, in denen OPAL-Publikationen zitiert werden, bitten die Autoren und Herausgeber um eine entsprechende kollegiale Information an opal@ids-mannheim.de.

Inhalt

Einleitung	3
1. Grundlegende Begriffe und Konzepte	4
1.1 Das psychotherapeutische Gespräch als Gegenstand der Linguistik	4
1.1.1 Psychotherapie und Gespräch	5
1.1.2 Sprachwissenschaftliche Herangehensweisen	12
1.2 Das Gesprächsformat der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik	18
1.3 Fragen	26
2. Die Bedeutung elizitierender Gesprächspraktiken	33
2.1 Professionelle Gesprächslenkung und Kooperation	33
2.2 Therapeutische Handlungen	37
2.3 <i>Formulations</i> als psychotherapeutische Gesprächshandlung	38
2.4 Fragen als psychotherapeutische Gesprächshandlung	40
3. Das methodische Vorgehen	44
3.1 Die Gesprächsanalyse in Abgrenzung zu alternativen sprachanalytischen Herangehensweisen	44
3.2 Das Korpus	46
3.3 Die Vorgehensweise: Kriterien und Richtlinien	48
4. Eine Typologie psychotherapeutischer Fragen nach dem Vorbild von <i>formulations</i>?	49
4.1 Mögliche Funktionen von Fragen	50
4.2 Vier verschiedene Typen von <i>formulations</i> nach Weiste/Peräkylä (2013)	52
4.3 Überprüfung der Übertragbarkeit auf Fragen	56
4.3.1 Fragen mit <i>highlighting</i> -Funktion	57
4.3.2 Fragen mit <i>rephrasing</i> -Funktion	60
4.3.3 Fragen mit <i>relocating</i> -Funktion	65
4.3.4 Fragen mit <i>exaggerating</i> -Funktion	72
4.3.5 Mischformen und Grenzfälle	75
4.4 Weitere Fragetypen	80
4.4.1 Lösungsorientierte Fragen	81
4.4.2 Fragen zur kollaborativen Erklärungsfindung	86
4.5 Eine Typologie für Fragen in OPD-Gesprächen?	91
5. Fazit und Ausblick	92
Anhang: Transkriptionskonventionen	93
Literatur	95
Zu den Autoren	98

Einleitung

Sprache und Sprechen können, in Abhängigkeit davon, wie sie eingesetzt werden, einen entscheidenden Einfluss auf das Denken und Erleben von Personen ausüben. Auf eine bestimmte Weise angewandt, können ‘sprachliche Interventionen’ einen Heilungsprozess unterstützen und nicht zuletzt auch selbst heilend wirken. Dieses Potenzial von Sprache machen sich vor allem die sogenannten ‘helfenden Berufe’ zunutze. Während in einigen solcher Berufe die verbale Interaktion dem eigentlichen professionellen Handeln eher begleitend zur Seite steht, gibt es auch berufliche Handlungsfelder, in denen das Sprechen als Behandlungsmethode für sich alleine steht. Ein solches Feld stellt das psychotherapeutische Gespräch dar: Es legt einen Behandlungsrahmen fest, in dem ausschließlich Sprache¹ als heilendes Mittel zur Verfügung steht – und daher umso wirksamer eingesetzt werden muss. Dies ist die Aufgabe des Psychotherapeuten, der im Laufe seiner professionellen Ausbildung die Fähigkeit erwirbt, Sprache und Sprechen ‘gekonnt’ einzusetzen, um mit dem Patienten an Problemen verschiedener Art zu arbeiten und so einen Heilungseffekt bei diesem zu erzielen. Zu derartigen professionell gesteuerten sprachlichen Praktiken, die sich in psychotherapeutischen Gesprächen erkennen lassen, gehören auch Fragen, oder vielmehr: das Fragen. Der Einsatz von Fragehandlungen in psychotherapeutischer Kommunikation ist jedoch nicht unumstritten. Dennoch werden Fragen, wie die in dieser Arbeit vorgenommene Analyse zeigen will, auch über schlichte Klärungsfragen hinaus von Therapeuten eingesetzt und erfüllen dabei wichtige Funktionen. Dies illustriert auch das rückblickende Fazit eines Therapeuten „[...] *hab ich glaub ich die richtigen Fragen gestellt*“, das einige Minuten vor dem Ende des Gesprächs T3_1² geäußert wird. Scarvaglieri (2013, S. 42) und auch Konerding (2015, S. 229) weisen darauf hin, dass Fragen in der linguistischen Forschung zu psychotherapeutischen Handlungen bisher eher wenig Beachtung erfahren haben. Dies dient der vorliegenden Arbeit als Motivation, sich anhand eines Korpus von Daten aus OPD-Interviews (siehe hierzu weiter unten) mit den sprachlichen Eigenschaften und der Funktion von Fragehandlungen in der Psychotherapie auseinanderzusetzen. Dabei sollen auch, soweit es der Rahmen dieser Arbeit zulässt, einige Seitenblicke auf den Zusammenhang von Fragen mit anderen therapeutischen Handlungen geworfen werden. Denn – um schon einmal dem später folgenden Forschungsüberblick vorzugreifen –, wie Peräkylä et al. (2008) feststellen: „CA researchers have investigated separate practices without gaining much understanding about the ways in which different practices are related to each other so as to produce a psychotherapeutic session as a whole“ (ebd., S. 21f.). Vereinzelt gibt es zwar Bemühungen, verschiedene Praktiken in ihrem Zusammenhang, beziehungsweise ihrem Zusammenwirken zu verstehen (siehe exemplarisch hierfür Vehviläinen 2003). Vieles ist aber noch offen, ganz besonders im Hinblick auf Fragen. Auch in diesem Sinne soll die vorliegende Untersuchung einen Beitrag leisten, der sich jedoch auf das Zusammenwirken von Fragen und *formulations* beschränkt.

Als erstes wird es darum gehen, dem theoretischen Rahmen rund um die zentralen Gegenstände der Untersuchung Kontur zu geben. Dies sind in erster Linie das Gespräch, die Psychotherapie und die Frage danach, wie die Verbindung dieser beiden zum psychotherapeutischen Gespräch zu denken ist. Auch wird ein kurzer Einblick in die bisherige Forschung in diesem Bereich gegeben. Etwas spezifischer kommen dann das Format der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (siehe Arbeitskreis OPD (Hg.) 2014) und Fragen im Sinne von sprachlichen Handlungen hinzu. Im zweiten Teil der Arbeit wird näher betrachtet, wie die

¹ Es ist jedoch die Einschränkung zu machen, dass einige Therapieansätze, beispielsweise innerhalb der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Richtung, auch über die Sprache hinaus weitere nonverbale Heilungsressourcen und diesen entsprechenden Methoden nutzen.

² Die Stelle findet sich im benannten Gespräch im Audio [2], bei Minute 36.

sprachliche Interaktion in der Psychotherapie gestaltet wird, wobei insbesondere die Handlungsmöglichkeiten von Therapeuten besprochen werden. Der dritte Teil bereitet auf die darauf folgende gesprächsanalytische Untersuchung vor. Diese erfolgt im vierten Teil der Arbeit, in dem, teils auf der Grundlage einer Studie von Weiste/Peräkylä (2013) und teils auf der Grundlage eigener Beobachtungen, ein Vorschlag für ein typologisches Begriffsinstrumentarium zur funktionalen Beschreibung von psychotherapeutischen Fragehandlungen in diagnostischen Interviews erarbeitet wird.³

1. Grundlegende Begriffe und Konzepte

Die folgenden Darstellungen zur Geschichte, Theorie und Methodologie der linguistischen Untersuchung psychotherapeutischer Gespräche sowie zum psychotherapeutischen Konzept der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (siehe Arbeitskreis OPD (Hg.) 2014) und dem linguistischen Untersuchungsgegenstand „Fragen“ sind ausführlicher gestaltet, um sowohl den psychotherapeutischen als auch linguistischen Nicht-Fachleuten das Verständnis der jeweiligen Zusammenhänge zu ermöglichen.

1.1 Das psychotherapeutische Gespräch als Gegenstand der Linguistik

Zu Beginn gilt es zu klären, was unter psychotherapeutischen Gesprächen zu verstehen ist und was eine sprachwissenschaftliche Beschäftigung mit Psychotherapie – oder, genauer gesagt, mit der sprachlichen Seite von Psychotherapie – motiviert. Es folgt daher eine Darstellung der wichtigsten strukturellen Rahmenbedingungen und interaktionalen Eigenschaften, wie sie für eine – in der Regel dyadische – sprachliche Interaktion zwischen Therapeut und Patient gelten. Vor dem Hintergrund der psychologischen und psychotherapietheoretischen Fundamente wird es in 1.1.1 zunächst darum gehen, was den Gesprächstyp ‘Psychotherapiegespräch’ ausmacht, bevor diese Beschreibungen dann später in 1.2 entsprechend um die spezifischen Charakteristika des OPD-Formats zu ergänzen sein werden. In 1.1.2 wird ein kurzer Überblick über die zentralen sprachwissenschaftlichen Herangehensweisen sowie einige einschlägige Beiträge in der Geschichte und Entwicklung der Forschung, welche diese repräsentieren, gegeben.

³ Anmerkungen: Englische Ausdrücke, die sich in der deutschsprachigen linguistischen Forschung fest etabliert haben, werden nicht ins Deutsche übersetzt, sondern direkt übernommen: Die Kleinschreibung wird beibehalten, zusätzlich werden derartige Begriffe kursiv gesetzt. Kursiv gesetzt werden außerdem auch Zitate aus dem Korpus oder andere objektsprachlich verwendete Beispiele. Da die verwendeten Transkriptausschnitte in der Regel keine englischsprachigen Begriffe enthalten, ist die Gefahr einer Verwechslung bei dieser doppelten Verwendung von Kursivschrift nicht gegeben. Soll ein Begriff im Fließtext hervorgehoben oder besonders betont werden, so ist er gesperrt (**B e i s p i e l**) geschrieben. Anführungszeichen innerhalb eines im Wortlaut wiedergegebenen Zitats werden hier – zur Unterscheidung von Anführungszeichen, welche das Zitat selbst markieren („Beispiel“) – durch Chevrons (»Beispiel«) ersetzt. Sollen hingegen im Fließtext die uneigentliche, meist zu illustrativen Zwecken eingesetzte Verwendung von Begriffen ausgewiesen oder auch Konzepte sowie abstrakte kategoriale Begriffe als solche kenntlich gemacht werden, wird auf einfache Anführungszeichen (‘Beispiel’) zurückgegriffen. Die Transkriptausschnitte aus dem Korpus sind zur Identifikation mit den Gesprächsnamen (dort jedoch anders als hier nicht kursiv) sowie dem Startzeitpunkt in der entsprechenden Audioaufzeichnung zum jeweiligen Ausschnitt versehen. Bei Gespräch *T3_1* ist zusätzlich die Nummer der Audiodatei in eckigen Klammern vermerkt. Die Zeitangaben werden bis auf die Sekunde genau ohne weitere Nachkommastellen gemacht. Beispielsweise steht *T3_1, [1]* (00.05:10) für einen Ausschnitt aus dem Gespräch *T3_1*, der bei 5 Minuten und 10 Sekunden beginnt und in der Audiodatei 1 wiederzufinden ist. Alle in den Originaltranskripten vorkommenden Abkürzungen des Therapeuten mit „A“ wurden hier zu „T“ (für „Therapeut“) angepasst. Sämtliche Hervorhebungen in Fettschrift innerhalb der Transkriptionstexte wurden nachträglich durch die Verfasserin dieser Arbeit vorgenommen.

1.1.1 Psychotherapie und Gespräch

Noch bevor die Beschäftigung mit der sprachwissenschaftlichen Perspektive auf therapeutische Gespräche erfolgt, ist es sinnvoll, einige Begriffsklärungen vorzunehmen. Anstelle von ‘Psychotherapie und Gespräch’ ließe sich dieser erste vorbereitende Teil auch mit ‘Psychotherapie als Gespräch’ überschreiben. Dies käme einer Umdrehung von „Talk as Therapy“ gleich, dem Titel einer Monografie Pawelczyks (2011) über Psychotherapie aus sprachwissenschaftlicher Sicht. Beide dieser perspektivischen Blickrichtungen lohnen eine Auseinandersetzung: Einmal das beobachtende Interesse daran, wie das ‘Unternehmen Psychotherapie’ sich in konkreten sprachlichen Formen, beziehungsweise Praktiken realisiert; und ebenso auch die Frage danach, was genau ein Gespräch ‘therapeutisch’ und damit heilsam macht. Um sich derartigen Fragen zuwenden zu können, bedarf es aber erst einiger vorbereitender Schritte. Hier soll es zu Beginn tatsächlich einmal nur um die Psychotherapie und das Gespräch gehen. Dies ist eine rein analytische Unterscheidung, da Psychotherapie grundsätzlich kommunikativ angelegt ist und nicht ohne die Einbettung in ihren gesprächspraktischen Vollzug gedacht werden kann.

Die Frage danach, was überhaupt ein therapeutisches Gespräch, beziehungsweise ein Therapiegespräch ist, lässt sich in zwei Schritte aufspalten: Was ist eigentlich ein Gespräch? – Und was macht dieses therapeutisch? Nicht jede Art von Psychotherapie ist primär verbal ausgerichtet, und nicht jede verbale psychotherapeutische Praktik hat als solche den gleichen Stellenwert innerhalb eines Therapiekonzepts. Es wird in der Alltagssprache auch der Begriff Gesprächspsychotherapie verwendet, um spezifisch die Arten von Therapie zu benennen, in welcher das Gespräch das primäre Medium ist, über das sich die Therapiearbeit vollzieht. Diese beiden Seiten ‘Gespräch’ und ‘Psychotherapie’ sollen zunächst je für sich reflektiert werden, um ein grundlegendes Verständnis psychotherapeutischer Gespräche zu ermöglichen.⁴

Eine endgültige theoretische Klärung der ersten Frage nach dem Gespräch als solchem wäre unmöglich und in diesem Rahmen ohnehin nicht zu leisten. Es soll hierfür auf 3.1 verwiesen werden, wo zumindest ansatzweise Aufschluss über den Gegenstand ‘Gespräch’ erzielt wird. Eine wichtige terminologische Klärung ist aber dennoch gleich hier zu Beginn vorzunehmen. Weiste/Peräkylä (2015) sprechen in einem gleichnamigen Aufsatz von „therapeutic discourse“. Die wörtliche Übertragung ins Deutsche als ‘therapeutischer Diskurs’ stellt ein sprachwissenschaftliches Problem dar, was mit dem teilweise unterschiedlichen Konzept des Begriffs ‘Diskurs’ in der englischsprachigen und der deutschsprachigen linguistischen Forschung zusammenhängt. In der vorliegenden Arbeit soll der Begriff ‘therapeutisches Gespräch’ verwendet werden: Dieser Begriff eignet sich, da er mit der später noch vorzustellenden Methode der Gesprächsanalyse konsistent ist. Vom ‘therapeutischen Diskurs’ zu sprechen, wäre hingegen im Zusammenhang dieser Untersuchung unangebracht, da dies fälschlicherweise eine Zuordnung zu der Methode der Diskursanalyse anstelle der hier angewandten Gesprächsanalyse nahelegen würde. Und spräche man von psychotherapeutischer Kommunikation oder Interaktion, so müsste man bei der Analyse streng genommen multimodal vorgehen und unter anderem auch Mimik, Gestik und Proxemik miteinbeziehen. Diese Arbeit beschränkt sich weitgehend auf die Erfassung und Interpretation sprachlicher Phänomene und deren Zusammenwirken untereinander. Durch diese Begrenzung kann dem Problem des Übergangs von einer Modalitätsebene zu einer jeweils anderen ausgewichen werden. Dabei bleibt jedoch stets die Eingebundenheit eines jeden Gespräches und so auch der hier im Vor-

⁴ Von dem Gebrauch in der Alltagssprache ist die Bezeichnung „Gesprächspsychotherapie“ abzugrenzen, die im weiteren Sinne Psychotherapie in der Tradition Carl Rogers beschreibt.

dergrund stehenden verbalen, beziehungsweise primär verbal getragenen Interaktion in ein lebendig verkörpertes multimodales Interaktionsgeschehen zu bedenken (siehe hierzu auch Deppermann 2015). Daher wird bei einer solchen Beschränkung umgekehrt auch die Begrenztheit der Aussagekraft der Analyseergebnisse zu bedenken sein.

Um ein Verständnis bestimmter psychotherapeutischer Gesprächspraktiken zu erlangen, ist es auch notwendig, die dazugehörigen psychotherapietheoretischen Hintergründe in Grundzügen zu verstehen. Bevor wir auf die sprachliche Betrachtungsperspektive zu sprechen kommen, seien daher einige Worte zu den grundlegenden Tendenzen in der Psychotherapie selbst gesagt. Auch wenn in der heutigen Psychotherapieforschung viel mehr Augenmerk auf Gemeinsamkeiten von *S t r a t e g i e n* und *I n t e r v e n t i o n s t e c h n i k e n* gelegt wird, sind in der deutschen Versorgungslandschaft nach wie vor therapieschulenspezifische Ansätze bedeutsam. Gerade die Psychotherapie als Anwendungsfeld psychologischer Theorien hat die Aufgabe, Modelle und Erkenntnisse verschiedener psychologischer Theorieansätze für den Einsatz zur Heilung des Patienten nutzbar zu machen, indem sie auf bestmögliche Art diejenigen gesprächstherapeutischen ‘Instrumente’ beziehungsweise Strategien miteinander kombiniert, die sich in der Anwendung als erfolgreich erweisen. Dabei lässt sich die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (im Folgenden abgekürzt mit OPD), um die es in dieser Arbeit hauptsächlich gehen soll und bei welcher der Name bereits auf die psychodynamische Grundausrichtung hinweist, wenigstens annäherungsweise in dem Feld verschiedener psychotherapietheoretischer Orientierungen verorten. Lutz et al. (2010, S. 125) unterscheiden drei grundsätzliche Richtungen: In einer ersten Gruppe fassen sie psychoanalytische und psychodynamische Therapieverfahren zusammen; zweitens nennen sie verhaltenstherapeutische Verfahren, wozu im Speziellen auch kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren gehören; sowie drittens humanistisch begründete Verfahren. Psychodynamische Verfahren sind eine Weiterentwicklung des psychoanalytischen Ansatzes. Letzterer geht auf die Psychoanalyse nach Freud zurück, die bei dem Unbewussten, beziehungsweise dem Bereich des Unbewussten als einem neben dem Bewussten eigenen Ereignisraum psychischer Entwicklungsprozesse ansetzt. Dieser ist im Vergleich zum Bewussten schwer zugänglich, kann aber mithilfe therapeutischer Methoden als Ressource für den Zugang zu den Ursachen psychischer Störungen erschlossen werden:

In der psychoanalytischen Psychotherapie wird davon ausgegangen, dass sich die Struktur der Persönlichkeit auf der Basis von individuellen Anlagen durch Verinnerlichung zwischenmenschlicher Beziehungen im Wesentlichen unbewusst entwickelt. Psychische Störungen werden als struktur- und/oder konfliktbedingt angesehen. Es wird davon ausgegangen, dass sie sich in einer Tendenz äußern, sich selbst, andere Menschen und soziale Beziehungen aus einem beeinträchtigten Blickwinkel heraus wahrzunehmen. In der mehr ätiologisch ausgerichteten als symptomzentrierten Behandlung soll die dem Symptom zugrunde liegende strukturelle Störung bzw. der unbewusste Konflikt bearbeitet werden. (Lutz et al. 2010, S. 125; siehe auch Rudolf 2014)

Das psychoanalytische Therapiegespräch hat demnach zwei Aufgaben zu erfüllen, die mit einem nach und nach erweiterten Zugriff auf das Unbewusste einhergehen: Zunächst ist der Zugang zu den im Unbewussten liegenden Strukturen und Konflikten vor allem für die Diagnosearbeit des Therapeuten wichtig, mit welcher dieser die ‘eigentliche therapeutische Kernarbeit’ vorbereitet. Der nächste Schritt geht zu der eigentlichen Arbeit über, deren zentrales Anliegen es ist, „[...] immer mehr aus dem Unbewusstsein ins Bewusstsein zu befördern“ (Lutz et al. 2010, S. 126). Dafür muss der Patient in die Erschließung des Unbewussten involviert werden. Der Explorationsprozess geht immer mehr in eine Zusammenarbeit über, wobei neben dem Therapeuten insbesondere auch der Patient, der letztlich einen Lernprozess besonderer Art durchlaufen soll, Verstehensanstrengungen unternehmen muss. Dieses vom Therapeuten angeleitete und

unterstützte Lernen besteht keineswegs darin, dass der Therapeut dem Patienten Wissen über Lösungsstrategien vermittelt. Vielmehr werden im Vollzug des Gesprächs problematische, beziehungsweise konfliktuale Erlebnisstrukturen aus dem alltäglichen Erleben des Patienten reproduziert und sodann auch gleich bearbeitet:

Psychoanalytische Therapie geht davon aus, dass sich der unbewusste Konflikt, der der psychischen Störung zugrunde liege, in der psychotherapeutischen Beziehung wiederhole und dort durchgearbeitet werden müsse (und könne). Psychoanalytische Arbeit wird also nicht nur als Arbeit *in*, sondern auch *an* der therapeutischen Beziehung angesehen. Im Zentrum der psychoanalytischen Arbeit stehen die Konzepte der Übertragung, der Gegenübertragung und des Widerstands. (ebd., S. 129)

Shedler (2011) fasst darüber hinaus sieben Grundprinzipien psychodynamisch-psychoanalytischer Behandlungen zusammen. Diese sind ein Fokussieren auf Emotionen und deren Ausdruck, die Arbeit an Faktoren, die der Vermeidung („Abwehr“) belastender Gedanken und Gefühle dienen, das Identifizieren repetitiver Muster und Lebensthemen, das Verstehen und Herstellen von Zusammenhängen zwischen lebensgeschichtlich früheren Erfahrungen und aktuellem Erleben und Verhalten, ein besonderer Fokus auf Beziehungserleben und -muster, inklusive der therapeutischen Arbeitsbeziehung, und das Nutzen und Erforschen von Phantasien und Träumen. Die Durchführung des psychotherapeutischen Gesprächs, die sich material sprachlich realisiert, ist schließlich das Praxisfeld, in dem der eben vorgestellte Theorieansatz konkret Anwendung findet. Während im Diskurs über die verschiedenen Varianten dieses Therapieverfahrens an mancher Stelle psychodynamische Psychotherapien als Teil der psychoanalytisch begründeten Methoden bezeichnet werden, an anderer Stelle die Psychoanalyse in ihrer klinischen Anwendung als Teil der psychodynamischen Therapieschulen verstanden wird, ist im deutschen Gesundheitssystem der Sprachgebrauch geregelt. Dort ist die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als ein zeitlich begrenztes, üblicherweise im Sitzen durchgeführtes Verfahren Teil der Kassenleistung, welches auf Basis psychodynamischer Krankheitslehre und Behandlungsprinzipien die Auswirkungen intrapsychischer Konflikte im aktuellen Leben der Patienten ins Zentrum der Behandlung stellt, oft mit dem Ziel einer verbesserten Bewältigung unter Begrenzung der Regression. Als zweite Anwendungsform wird sie durch die analytische Psychotherapie ergänzt, welche, oft mit einer höheren Behandlungsfrequenz und größerem Stundenkontingent mitunter eine dauerhafte Persönlichkeitsveränderung zum Ziel hat (vgl. Lutz et al. 2010, S. 131; siehe auch Rüger et al. 2015).

Auf dieser Grundlage lässt sich nun auch die zentrale Frage, wie mit dem psychotherapeutischen Gespräch als wissenschaftlichem Gegenstand operiert werden kann, angehen. Dafür ist zunächst eine systematische Erfassung dessen, was solche Gespräche grundsätzlich ausmacht, hilfreich. Es soll auf einige wichtige Eigenschaften und Rahmenbedingungen psychotherapeutischer Gespräche eingegangen werden, die helfen, diesen Gesprächstyp neben anderen linguistischen Untersuchungsgegenständen zu verorten. In Anlehnung an das sogenannte *Generic Model* der Psychotherapie (Orlinsky 2009) lassen sich als übergeordnete Gesichtspunkte der Betrachtung von Psychotherapie „1) Rahmenbedingungen, 2) Beteiligte Personen, 3) Therapeutische Prozesse und Methoden sowie 4) die Ergebnisse und langfristigen Auswirkungen der Behandlung unterscheiden“ (Lutz 2010, S. 33). Die bei Lutz an dritter Stelle genannte methodische Perspektive, beziehungsweise die Betrachtung von den therapeutischen Operationen und Interventionen her (ebd., S. 35) wird in den folgenden Kapiteln (insbesondere in 1.2) noch zu berücksichtigen sein. Die zuletzt genannte Frage nach Ergebnissen und Wirkung der Behandlung hingegen ist für die sprachwissenschaftliche Herangehensweise nur von mittelbarem Interesse und wird weiter unten bei der Kurzvorstellung einiger Forschungsansätze der nicht-linguistischen Psychotherapieforschung mit einbezogen. Daher sollen im Mittel-

punkt der hier erfolgenden Überlegungen, angelehnt an die ersten beiden der oben genannten Betrachtungshorizonte, einmal die institutionelle Rahmung und zum anderen die Beziehung zwischen Therapeut und Patient⁵ stehen. Der intrapersonale Aspekt (vgl. Lutz 2010, S. 36) wird zugunsten des interpersonalen Aspekts vernachlässigt.⁶

Wo es um Psychotherapie als Institution geht, liegt ein Vergleich mit physisch-medizinischen Gesprächen nahe. Pawelczyk stellt fest:

The interaction transpiring between the psychotherapist and client during a speech event referred to as a psychotherapy session can be more generally subsumed under the discourse of medical encounters (cf. Ainsworth-Vaughn 2001) or the discourses of health (cf. Candlin, C. N. 2000). (Pawelczyk 2011, S. 2)

Nicht zuletzt können daher gesprächs- beziehungsweise konversationsanalytische Forschungen zu medizinischen Arzt-Patient-Gesprächen für methodisch ähnlich angelegte Untersuchungen psychotherapeutischer Gespräche nutzbar gemacht werden (weitere Betrachtungen hierzu folgen in 1.1.2). Daher ist es aber auch nötig, diese verschiedenen Gesprächspraktiken voneinander abzugrenzen. Beides sind zunächst „gesellschaftlich[e] Einrichtungen [...], die Akteuren bei der Überwindung eines ‘Problems’ helfen“ (Scarvaglieri 2013, S. 101). Eine weitere Gemeinsamkeit ist, dass beide, sowohl medizinische als auch psychotherapeutische Gespräche, zunächst auf alltagsweltlichen Gesprächspraktiken basieren. Sie bauen im Wesentlichen auf Fähigkeiten auf, die die Gesprächsteilnehmer durch das Vollziehen sozialer Interaktionspraktiken erworben haben, welche einer derartigen spezialisierten und institutionell strukturierten Kommunikation vorausgehen (vgl. Peräkylä et al. 2008, S. 6). Was nun bei Psychotherapiegesprächen gegenüber solchen vorausgehenden ‘Basispraktiken’ hinzukommt, ist der hohe Organisationsgrad therapeutischer Gespräche. Dies beginnt schon mit dem Zustandekommen einer psychotherapeutischen Intervention: Bevor es überhaupt zum Psychotherapiegespräch kommen kann, ist die Vermittlung des Kontaktes zwischen Therapeut und Patient notwendig. Oft geschieht dies auf Eigeninitiative des Patienten. Es kann jedoch genauso vorkommen, dass Patienten mit psychosomatischen Beschwerden von einem Arzt an den Therapeuten überwiesen werden. Die Zugänglichkeit zu einer psychotherapeutischen Behandlung hängt auch wesentlich von finanziellen Faktoren – in erster Linie von den jeweils geltenden sozialrechtlichen Regelungen der Krankenkassenfinanzierung (vgl. Lutz 2010, S. 34f.) – ab und ist oft noch zusätzlich durch lange Wartezeiten erschwert. Das konkrete Stattfinden der Gespräche selbst unterliegt, wie medizinische Gespräche auch, bestimmten Bedingungen und Beschränkungen. Wie in einem physisch-medizinischen Gespräch unterliegt auch das psycho-

⁵ In der psychotherapeutischen Fachsprache und ebenso in der linguistischen Forschungsliteratur wird oft von ‘Klienten’ (bzw. *clients*) gesprochen. In dieser Arbeit soll jedoch stets vom Patienten als dem, der die Psychotherapie in Anspruch nimmt und sich mit dem Therapeuten in Beziehung setzt, die Rede sein. Die Verwechslungsgefahr mit physisch-medizinischen Arzt-Patient-Gesprächen ist bei einem insgesamt bedachten Gebrauch der Begrifflichkeiten nicht gegeben. Ganz im Gegenteil unterstreicht der Begriff Patient im Zusammenhang mit psychotherapeutischer Kommunikation die Nähe zu physisch-medizinischen Interviews, welche später noch thematisiert werden wird. Vor allem aber drückt der Begriff ‘Patient’ nach Ansicht der Verfasserin die eigentliche ‘Idee’ von Psychotherapie aus, nämlich dass ein Hilfesuchender sich mit seinen Problemen an einen professionell ausgebildeten Experten wendet, um sich von diesem behandeln zu lassen. Der Ausdruck ‘Klient’ hingegen würde mehr die ökonomische Seite solcher Gespräche betonen und damit die therapeutische Beziehung in erster Linie als Dienstleistungsverhältnis charakterisieren.

⁶ Dies hat nicht zuletzt auch praktische Gründe, die mit dem hier zur Untersuchung vorliegenden Datenmaterial zusammenhängen (siehe auch 3.2). Da die Sprecher aus forschungsethischen Gründen anonym bleiben müssen, liegen ausschließlich die in den Gesprächen selbst preisgegebenen Informationen über die beteiligten Personen vor. Es wäre also schon allein aufgrund der Datenlage nicht möglich, einschlägige Persönlichkeitsmerkmale der Gesprächsteilnehmer bis zu einem wissenschaftlich befriedigenden Grad zu rekonstruieren und so Aufschluss über intrapersonale Gegebenheiten zu erlangen. Interpersonale Eigenschaften hingegen lassen sich vergleichsweise klar an der durch Transkripte gesicherten Sprachoberfläche, auf welcher sich die intersubjektiv-interaktionale Dynamik des Gesprächs abbildet, ablesen.

therapeutische Gespräch einer zeitlichen Beschränkung, wobei jedoch im Fall des letzteren Gesprächstyps bereits vorab ein Zeitfenster für die einzelnen Gesprächseinheiten (Sitzungen) festgelegt wird. Zudem stellt das Arzt-Patient-Gespräch ein für den Patienten in der Regel singuläres Ereignis dar (Spranz-Fogasy 2010, S. 33), wohingegen psychotherapeutische Gespräche oft als Langzeitintervention mit einer vorab definierten Menge an Einzelgesprächen gedacht sind und daher mit einer längerfristigen Regelmäßigkeit stattfinden. Ebenso wie Arzt und Patient begegnen auch Therapeut und Patient einander

[...] in der Regel nach Verabredung und in Räumen, die eigens dafür bereitgestellt sind, sie besitzen ein jeweils spezifisches, unterschiedliches krankheitsbezogenes Vorwissen, das für das Gespräch bedeutsam ist, und sie wissen – mehr oder weniger –, wie sie das Gespräch führen wollen und verbinden damit bestimmte Handlungsziele. (ebd., S. 30)

Wo die im Zitat angesprochenen Handlungsziele der Beteiligten in den Blick rücken, lassen sich signifikante Unterschiede zwischen medizinischen und psychotherapeutischen Gesprächen feststellen. Auf der einen Seite stehen die Ziele der Patienten: Im Vergleich zu Hilfesuchenden mit einem hauptsächlich körperlichen Leiden hegen Psychotherapiepatienten zumindest zu Beginn der Therapie oft eine viel stärkere Unsicherheit sowohl in Bezug auf ihr Leiden selbst und die damit verbundenen Symptome als auch in Bezug auf die konkreten Ziele, die sie mit dem Aufsuchen des Therapeuten verfolgen. Noch tiefgreifender sind die Unterschiede zwischen den Handlungszielen eines Arztes und denen eines Therapeuten. Letzterem geht es nicht in erster Linie darum, Informationen vom Patienten zu bekommen und das Verständnis dessen persönlicher Situation dieser Informationsgewinnung unterzuordnen. Stattdessen liegt der Fokus, abgesehen von den ebenfalls zu erfragenden – in diesem Fall psychischen – Symptomen, auf der Erarbeitung eines Verständnisses für die ‘Geschichte’ des Patienten. Während ein ‘klassisches’ Arzt-Patienten-Gespräch eher ausschnittshaft auf eine ganz bestimmte Seite des Patienten, nämlich dessen körperliche Verfassung, bezogen ist, will die Psychotherapie die Hintergründe der Erkrankung verstehen. Sowie sich ein solches Vorhaben auf den gesamten Zusammenhang zwischen der Biografie, den individuellen psychischen Dispositionen und den Symptomen eines Patienten erstreckt, muss dessen Subjekt im Sinne einer „Ganzheitsfunktion“ eingeführt werden und darf nicht auf eine Defektpathologie reduziert werden (Benzenhöfer 2007). Hierfür gilt es zunächst einen Zugang zu dessen Denken und Erleben zu erarbeiten, welcher dann nach und nach mithilfe des dem Therapeuten verfügbaren professionellen Expertenwissens zu einem psychologischen Gesamtprofil ausgearbeitet wird. Der Patient wird regelrecht dazu angeregt, ausführlich über persönliche und nicht zuletzt auch sehr intime Erlebnisse zu referieren.⁷ Gerade angesichts dieser Aufgabenstellung ist es wichtig, trotz der Zeitbeschränkung eine Gesprächsatmosphäre zu schaffen, in der wenigstens vorübergehend der Eindruck von Zwanglosigkeit entstehen soll, sodass sich der Erlebnisbericht des Patienten frei und ohne ständige Rücksicht auf ‘blockierende’ Zeitbarrieren entfalten kann. Der institutionelle Charakter selbst, der die Psychotherapie ausmacht, steht dabei einer wie oben beschriebenen Verbalisierung zutiefst persönlicher und nicht selten auch schmerzhafter Erlebnisse keineswegs entgegen:

More specifically, the discourse of psychotherapy belongs to the genre of intimate discourse, together with, among others, discourse of ‘troubles talk among friends’ (Jefferson 1988), ‘painful self-disclosure’ between acquaintances (Coupland et al. 1988) and ‘conversations of intimate friendship’ (Lakoff 1990). (Pawelczyk 2011, S. 3)

⁷ Diese durch therapeutische Techniken geförderte Art der Patientenhandlung wird als Verbalisieren des emotionalen Erlebnisgehalts (kurz VEE) bezeichnet, um das es gleich noch einmal gehen soll.

Vielmehr ist es gerade die Aufgabe der Institution Psychotherapie, einen Großteil der Zwänge, denen Gespräche normalerweise unterliegen, für die Dauer des Therapiegesprächs bestmöglich außer Kraft zu setzen, denn „[...] the effectiveness of a therapeutic relationship [...] consists in the patients/clients being relatively free to explore and express their feelings, free of the inevitable concerns that characterize normal, social interaction“ (ebd.). Angesichts der eigentümlichen Verbindung aus Institutionalisierung auf der einen und Thematisierung privater, bisweilen intimster persönlicher Anliegen auf der anderen Seite lässt sich das Therapiegespräch schwer mit den üblicherweise zur Klassifikation von Gesprächen herangezogenen linguistischen Kriterien⁸ bestimmen: Es handelt sich um einen weder öffentlichen, noch im eigentlichen Sinne privaten Sonderfall eines Gesprächs, der sozusagen in einer ‘theoretischen Grauzone’ zwischen diesen beiden Polen anzusiedeln ist.

Ferner ist psychotherapeutisches Sprechen auch noch gegen Beratungsgespräche im Sinne institutionalisierter Beratung abzugrenzen. Hier nimmt Scarvaglieri (2013) eine überzeugende Abgrenzung vor, die er an der Art des behandelten Problems festmacht: Während er medizinisch oder psychotherapeutisch zu behandelnde Erkrankungen als „Einschränkung der körperlichen und/oder geistigen Handlungsfähigkeit, die gesellschaftliche Teilhabe verhindert“ (ebd., S. 101) beschreibt, sei bei der Beratung „von einem weitaus weniger drastischen ‘Problem’ auszugehen“ (ebd., S. 102). In der Psychotherapie, Psychiatrie und Medizin „geht es um die Wiederherstellung von *Handlungsfähigkeit an sich*, für die Beratung geht es lediglich um die *Überwindung eines konkreten Handlungswiderstands*“ (ebd.). Was den zentralen sachlichen Gegenstand anbelangt, ist das Psychotherapiegespräch also Gesprächen physisch-medizinischen sowie psychiatrischen Typs näher. Formal jedoch weist es eine größere Nähe zum Beraten auf (ebd., S. 103). Dies hängt mit dem Einsatz der Mittel zum Erreichen des Gesprächsziels zusammen – ein Aspekt, der gleich noch eigens zu klären sein wird. Ebenso wie die sprachwissenschaftliche Erforschung medizinischer Gespräche können auch linguistische Studien zur Beratung für die sprachliche Psychotherapieforschung fruchtbar gemacht werden. Peräkylä et al. (2008, S. 19f.) machen dies am Beispiel des Elizitierens persönlicher Erlebniserzählungen von Patienten, das in beiden Gesprächsarten eine zentrale Rolle spielt, fest.

Ein signifikanter Unterschied zu physisch-medizinischen Gesprächen, sowie auch zum Großteil aller anderen Gesprächsarten ist besonders hervorzuheben: In physisch-medizinischen Kontexten gilt weitgehend eine Dichotomie zwischen dem Kommunikationsinstrument Sprache und dem Behandlungsgegenstand, der ein physischer ist:

In der Psychiatrie und der Medizin dient das sprachliche Handeln zwischen Agent und Klient primär der Vor- und Nachbereitung des eigentlichen, heilenden Eingriffs. Die Heilung selbst erfolgt durch einen physischen Eingriff in körperliche Prozesse. *Das sprachliche Handeln in Psychiatrie und Medizin realisiert also nicht den Zweck der Institution.* (Scarvaglieri 2013, S. 102)

Zwar wirken verbal-kommunikative Prozesse immer auch indirekt, über den Umweg mentaler Veränderungen, auf die physische Wirklichkeit ein und können so durchaus den Heilungsprozess unterstützen (vgl. Spranz-Fogasy 2010, S. 29). Dennoch wird die Wirkung verbaler Interaktion in medizinischen Gesprächen in der Regel als Nebeneffekt wahrgenommen und erhält allenfalls den Status einer unterstützenden, nicht aber wesentlichen Ressource. Anders verhält es sich mit psychotherapeutischen Gesprächen, in denen „discourse itself is not only central to psychotherapeutic practice but in fact constitutes the very practice“ (Pawelczyk 2011, S. 2), oder, wie Scarvaglieri es formuliert, das sprachliche Handeln den Zweck der Institution Psychotherapie realisiert (Scarvaglieri 2013, S. 103). Dem sprachlichen Handeln

⁸ Siehe hierzu Linke/Nussbaumer/Portmann (2004, S. 199).

kommt also eine doppelte Funktion zu: Einmal ist dieses weiterhin an außer-, beziehungsweise vorinstitutionale alltagsweltliche Praktiken angebunden (siehe weiter oben) und dient zur Verfolgung basaler kommunikativer Aufgaben und Ziele wie etwa Informationsvermittlung und Verständigung; gleichzeitig macht sprachliches Handeln hier das Mittel selbst aus, mit dem sowohl die Beschwerdenexploration als auch vor allem die Behandlung selbst durchgeführt wird.⁹ Und selbst die Heilung manifestiert sich wiederum sprachlich, sowie unter anderem das Erarbeiten einer Verbalisierungskompetenz des Patienten in Bezug auf seine innere Wahrnehmung wesentlichen Anteil an der für den psychotherapeutischen Prozess zentralen Bewusstmachung (siehe weiter oben) hat.¹⁰ Wenn der Patient also in der Lage ist, auf eine bestimmte Weise über sein inneres Erleben – insbesondere über konfliktuale Erlebnisse – zu sprechen, zeigt dies an, dass die – ebenfalls sprachlich erfolgte – Behandlung erfolgreich war. Auch wirkt sich die mit der Therapie herbeigeführte mentale Veränderung, anders als ein physischer operativer Eingriff, generell immer auch sprachlich aus, sofern davon ausgegangen wird, dass mentale Dispositionen Einfluss auf das sprachliche Verhalten von Personen haben. Zugespitzt formuliert, gehört eine durch die Therapie veränderte Art des Patienten zu sprechen zu den einschlägigen Ergebnissen von Psychotherapie.¹¹ Angesichts dieser dritten Dimension ließe sich dem sprachlichen Handeln in der Psychotherapie möglicherweise sogar eine dreifache Funktion zuschreiben: Sprachliches Handeln erfüllt im therapeutischen Behandlungsprozess sowohl basale kommunikative als auch spezifische therapeutische Funktionen und resultiert schließlich in einer veränderten Verbalisierungs- und Kommunikationskompetenz des idealerweise symptomfreien Patienten.

Im Anschluss an diese Betrachtungen zu den spezifischen Merkmalen der Institution Psychotherapie ist diese nun in ihrer Eigenschaft als soziales Ereignis näher zu beschreiben. Das psychotherapeutische Gespräch ist nicht zuletzt Ereignisraum für die Begegnung, den Beziehungsaufbau und die kontinuierliche Beziehungsarbeit der daran beteiligten Personen. Es ist sogar gerade die Beziehung und die Arbeit daran, die das therapeutische Geschehen wesentlich ausmacht (vgl. beispielsweise Lutz et al. 2010, S. 129). Daher wird es nun um die Rolle der Beziehung in der Psychotherapie gehen, wobei zunächst nur die grundlegenden Eigenschaften der dyadischen Therapeut-Patient-Beziehung selbst umrissen werden. Um die interaktionalen Implikationen dieser Beziehungskonstellation und wie diese konkret im Gespräch umgesetzt werden, sowie auch um die besondere Art der Kooperation in psychotherapeutischen Gesprächen soll es später in 2.1 gehen.

Die Bedeutung des Aufbaus einer vertrauensvollen Therapeut-Patient-Beziehung betont unter anderem das von Frank ausformulierte kontextuelle Modell, welches „[e]ine vertrauensvolle Beziehung zu einer helfenden Person“ zu dem Set zentraler allgemeiner Wirkfaktoren von Psychotherapie zählt (Wampold 2015 zitiert in Lutz et al. 2010, S. 32). Und auch Pawelczyk bemerkt: „[T]he power of therapeutic talk derives from the relationship that the participants of this social event position each other to [...]. For many clients, an evolving interpersonal contact enables them to grow and heal“ (Pawelczyk 2011, S. 1). Was aber macht die Beziehung zwischen Therapeut und Patient aus? Zunächst ist diese Beziehung ganz klar asymmetrisch: Eine in der Regel nicht näher mit psychologischen oder psychotherapeutischen Theorien ver-

⁹ Dieser Gedanke findet psychotherapietheoretisch seine Entsprechung in dem Konzept von Übertragung und Gegenübertragung (siehe weiter oben).

¹⁰ In der Psychotherapieforschung wird hier auch von mentalen Repräsentationen gesprochen, die im Narrativ und dessen Widersprüchlichkeiten deutlich werden.

¹¹ Allerdings unterscheiden sich je nach Untersuchungsinstrument die empirischen Befunde zu diesem Thema, siehe z.B. Levy et al. (2006).

traute Person A wendet sich mit einem psychischen Problem an eine andere, eigens dafür ausgebildete Person B, welche in der Lage ist, diesem Problem als professionell zu begegnen. Der Patient hat, insofern er dem Therapeuten als Laie gegenübersteht, keinen Einblick in die professionelle Praxis des Therapeuten sowie der Institution Therapie überhaupt, wodurch es ihm nicht möglich ist, die professionell-theoretische Steuerung der Gesprächsvorgänge zu kontrollieren. Daher muss er dem Therapeuten zunächst ein grundsätzliches Vertrauen entgegenbringen, ohne welches die Therapie gar nicht erst – oder zumindest nicht erfolgreich – stattfinden kann (siehe hierzu auch Konerding 2015, S. 234). Beispielsweise muss der Patient sich darauf verlassen, dass der Therapeut ihn nicht manipulieren will.¹² Die psychotherapeutische Beziehung ist also stets durch das Spannungsfeld Vertrautheit – Distanz gekennzeichnet. Einerseits wird in dem Wissen gehandelt, dass ein – bis auf Weiteres – einseitig vom Therapeuten einsehbares und verwaltetes komplexes theoretisches Instrumentarium am Werk ist. Andererseits findet eine Begegnung auf einer grundlegend menschlichen Ebene statt. Therapeut und Patient müssen sich oft schneller und mitunter intensiver menschlich aufeinander einlassen, als es in anderen Beziehungen üblich ist: Der Therapeut muss die Person des Patienten gleichsam vorbehaltlos annehmen (vgl. Sachse 1999, S. 30-33), und auch der Patient muss seinerseits einen Beitrag leisten, indem er sich dem Therapeuten gegenüber öffnet und bereit ist, seine persönlichen Gedanken, Erlebnisse und Gefühle mit diesem zu teilen. Die Verteilung der Rollen ‘professionell Handelnder’ und ‘Laie’ oder eben ‘Klient’ bedeutet also nicht, dass die Arbeit nur dem Therapeuten zufällt. Es handelt sich keineswegs um ein reines Dienstleistungsverhältnis im Sinne einer Person A, die einer Person B einen Auftrag gibt und die Bearbeitung ganz diesem überlässt. Der Therapeut ist, ganz im Gegenteil, unbedingt auf die Mitarbeit des Patienten angewiesen. Um die besondere Art des Kooperationsverhaltens oder vielmehr der Kooperationsdynamik zwischen Therapeuten und Patienten soll es später in 2.1 noch ausführlich gehen.

1.1.2 Sprachwissenschaftliche Herangehensweisen

Die möglichen Herangehensweisen und Fragestellungen, die sich der Psychotherapie aus einer sprachlichen Perspektive nähern, sind so vielfältig wie die verschiedenen sprachwissenschaftlichen Orientierungen und Ansätze selbst, und darüber hinaus noch vielfältiger, da sie sich mit der Psychotherapie einem Gegenstand gegenüber sehen, der auch seinerseits wiederum durch eine Vielfalt gekennzeichnet ist, die sich von den theoretischen Fundamenten bis hin zu nahezu endlos ausdifferenzierbaren Umsetzungspraktiken erstreckt. Pawelczyk (2011, S. 11) spricht von „approximately 400 forms of psychotherapy“, wobei in dieser Zählung noch nicht weitere Ausdifferenzierungen innerhalb der einzelnen Formen berücksichtigt sind. Jede einzelne Form, beziehungsweise jede eigene Umsetzung einer Form von Psychotherapie für sich linguistisch erforschen zu wollen, oder gar ein eigenes linguistisches Methodeninstrumentarium für jede dieser psychotherapeutischen (Gesprächs-)Formen und sodann die Zusammenhänge zwischen diesen entwickeln zu wollen, wäre vermutlich aussichtslos. Als Alternative bietet sich sogar eher ein gegenteiliger Ansatz an: Nämlich gezielt eine therapeutische Form oder Methode auszuwählen und zu dieser Gesprächsdaten zu sammeln, welche

¹² Es ist auch auf das Prinzip der Transparenz als eine der sogenannten *Therapeutic Conditions* hinzuweisen (vgl. Sachse 1999, S. 30). Dieses Prinzip stellt ein Gegengewicht zu der zunächst gegebenen Asymmetrie zwischen dem professionell handelnden Therapeuten und dem Patienten als Laien dar. Es besagt, dass der Patient, der sich in seiner Unkenntnis der Anwendung psychologischer Theorien und Strategien im Gespräch überlässt, zumindest Einblick in diese haben können soll, sofern er es verlangt.

dann auch linguistisch wiederum unter wenigen ausgewählten Aspekten untersucht werden – was jedoch nichts mit dem Umfang der Daten zu tun hat: Auch ein sehr umfassendes Korpus kann eingehend auf wenige oder sogar ein einziges Merkmal hin analysiert werden.

Sprachwissenschaftlich gesehen sind zunächst verschiedene Grundorientierungen im Hinblick auf mehrere Achsen¹³ möglich. So kann sich der Blick auf einzelne Phänomene im Sinne einer eingehenden Untersuchung kleinerer Ausschnitte von Gesprächen richten oder aber eine globale Perspektive einnehmen. Entsprechend lassen sich genauso Detailanalysen einzelner Gespräche oder sogar bloßer Ausschnitte aus solchen durchführen wie eine sprachlich orientierte Verfolgung der Entwicklung des längerfristigen oder sogar gesamten Verlaufs einer Therapie unternommen werden kann. Sofern weniger als der gesamte Therapieverlauf in das Korpus aufgenommen wird, spielt es zudem eine Rolle, ob die einem gesamten Therapieprozess ausschnittthaft entnommenen Gespräche aus einem frühen Stadium der Therapie oder aus einem fortgeschrittenen Stadium stammen.¹⁴ Die Zusammenstellung von Therapiegesprächen in einem Korpus kann eine einzige oder mehrere verschiedene dyadische Konstellationen umfassen. Es kann sowohl mit qualitativen als auch mit quantitativen Methoden gearbeitet werden, wobei auch Verfahrensweisen möglich sind, in denen qualitative und quantitative Methoden miteinander kombiniert werden. Außerdem stellt sich, wie bereits weiter oben angedeutet, stets die Frage nach den verschiedenen gesprächstherapeutischen Grundorientierungen, die sich mit ihren spezifischen Konzepten wie beispielsweise dem psychoanalytischen Konzept von Übertragung und Gegenübertragung (siehe 1.1.1) potenziell immer auch auf die konkrete sprachliche Gestaltung der therapeutischen Interaktion auswirken. Eine Möglichkeit sind, neben der meist sinnvollen Beschränkung auf eine psychotherapeutische Orientierung beziehungsweise Therapieform, komparative Studien, die gezielt verschiedene therapeutische Ansätze nebeneinander stellen. Gegenstand solcher Studien ist der Zusammenhang zwischen den Unterschieden auf der therapietheoretischen und denen auf der sprachlichen Seite. Ihr übergreifendes Ziel besteht meist darin, zu prüfen, ob sich die Unterschiede in den theoretischen Ansätzen der Therapiemethoden auch sprachlich manifestieren und sich folglich auch nachweisen lassen. Dies soll vorerst als Eindruck von den Möglichkeiten, die sich für die linguistische Beschäftigung mit Psychotherapie darbieten – beziehungsweise zugleich auch als Eindruck von den Herausforderungen, die sich hier an Sprachwissenschaftler stellen –, genügen.

Um die *conversation analysis* – beziehungsweise Gesprächsanalyse (zum genauen Verhältnis dieser beider Methoden siehe auch 3.1) – als Methode zur Untersuchung psychotherapeutischer Gespräche besser einordnen zu können, lohnt sich zunächst ein Blick auf alternative Herangehensweisen in der wissenschaftlichen Beschäftigung mit psychotherapeutischen Gesprächen, die ebenfalls mit sprachlichen Daten arbeiten (vgl. auch Weiste/Peräkylä 2015, S. 1f.). Genauer gesagt, arbeiten die im Folgenden vorzustellenden Untersuchungsansätze auf der Grundlage sprachlicher Daten, haben jedoch nicht eigentlich die Sprache, beziehungsweise das Gespräch zum Gegenstand (ebd., S. 3). Die sprachlichen Daten bilden dort nur die materiale Grundlage zum Verfolgen eines therapeutischen, beziehungsweise therapietheoretischen Erkenntnisinteresses. Weiste/Peräkylä nennen als naheliegende Vergleichsmöglichkeit Ansätze, die den psychotherapeutischen Prozess, also die sich während einer Therapie abspielenden Entwicklungen und Veränderungen, im Blick haben und dementsprechend unter der

¹³ Dieser Achsenbegriff ist entschieden abzugrenzen vom Begriff der Achse, wie er in der OPD verwendet wird (siehe hierzu auch 1.2).

¹⁴ Diese Bemerkung ist insbesondere für die vorliegende Arbeit relevant, insofern es sich bei den im Korpus dieser Arbeit vorliegenden Gesprächen um Erstgespräche mit diagnostischer Zielsetzung handelt. Damit gehen besondere das Gespräch formende Bedingungen und Implikationen einher, die bei der linguistischen Analyse zu bedenken sein werden. Wie dies sich im Einzelnen verhält, wird aber auch später an gegebener Stelle noch zu diskutieren sein.

Bezeichnung *psychotherapy process research* zusammengefasst werden. Die dort vorkommenden Ansätze teilen mit konversationsanalytischen Herangehensweisen die teils direkt, teils indirekt gestellte Ausgangsfrage danach, wie solche Prozesse mit den Resultaten einer Therapie zusammenhängen. Beispielsweise wird in solchen Ansätzen versucht, herauszufinden, inwiefern die sich im Gesprächsprozess ereignenden Veränderungen hilfreich für den Patienten sind, wozu ein sogenannter *helpful factor* eingeführt wird (ebd., S. 2), mit welchem die Besserung beim Patienten zu messen versucht wird. Oder es wird das im Laufe der Therapie sich verändernde Verhältnis der Patienten zu ihren „particular problematic experiences“ ins Auge gefasst, wie es namentlich in der *assimilation analysis* oder der *dialogical sequence analysis* geschieht (ebd.). Beide Methoden richten ihr Augenmerk auf die Verbindung zwischen Eigenschaften des Gesprächs und der Beziehung von Patienten zu ihren Problemen. Der erste dieser Ansätze arbeitet mit dem Modell einer *zone of proximal development*, kurz ZPD, welche beschrieben wird als „a space between the client's actual therapeutic developmental level and their potential developmental level“ (ebd.). In letzterem Ansatz wird hingegen nach Mustern (*dialogical patterns*) gesucht, mit welchen sich der Verbindung zwischen Patientenäußerungen und psychischen Prozessen genähert werden kann. Eine weitere Herangehensweise ist mit dem sogenannten *therapeutic collaboration coding system*, kurz TCCS, gegeben. Hier wird erneut das Konzept der ZPD aufgegriffen. Es wird zudem um die Unterscheidung zwischen *supporting interventions* und *challenging interventions* erweitert und gefragt, inwieweit der Therapeut kooperativ mit der ZPD des Patienten umgeht.

Ein Ansatz, der sich verhältnismäßig eng an der sprachlichen Seite therapeutischer Gespräche orientiert und damit gesprächsanalytischen Forschungsmethoden bereits ziemlich nahe kommt, ist das mit *verbal response mode* (kurz VRM) betitelte Schema zur Kodierung und Auswertung psychotherapeutischer Gespräche (Peräkylä et al. 2008, S. 11; Weiste/Peräkylä 2015, S. 3f.). Das Ziel dieses Ansatzes ist es, anhand der Häufigkeit des Vorkommens bestimmter Äußerungstypen Unterschiede zwischen verschiedenen psychotherapeutischen Herangehensweisen festzustellen. Dafür wird zuvor ein Kodierschema mit acht verschiedenen Typen von Therapeutenäußerungen festgelegt, welche in Bezug auf die Quelle des Erlebten (*source of experience*) sowie den Referenzrahmen quantitativ ausgewertet werden (ebd., S. 3; für eine Übersicht zu qualitativer Forschung in der Psychotherapie siehe z.B. Levitt 2015).

Hiermit wäre ein Überblick über einige nicht sprachwissenschaftliche Herangehensweisen gegeben. Dieser Überblick erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern hat vielmehr an ausgewählten Beispielen gezeigt, wie alternative Ansätze aussehen können. Der nächste Schritt ist nun, zu fragen, was die gesprächsanalytische Erforschung psychotherapeutischer Gespräche von Ansätzen wie den eben beschriebenen abhebt. Zunächst ist noch einmal daran zu erinnern, dass die Interessensschwerpunkte in beiden Untersuchungsweisen nicht grundverschieden sind: „The focus on action and a concern for detail are things that CA [*Conversation Analysis*, Anmerkung der Verfasserin] shares with earlier research on psychotherapy“ (Peräkylä et al. 2008, S. 12). Was jedoch die gesprächsanalytische Forschung besonders kennzeichnet, ist ein grundsätzlich qualitatives Vorgehen. Im Mittelpunkt steht dabei die Rekonstruktion des *moment-by-moment process* (Weiste/Peräkylä 2015, S. 4; Peräkylä et al. 2008, S. 12). Dies geschieht, indem der sequenzielle Vollzugs eines Gesprächs sprichwörtlich nach-vollzogen wird. Weiste/Peräkylä (2015, S. 4) sprechen auch von „qualitative microanalytic research on therapeutic discourse“. Und auch über einzelne Sequenzen hinaus versucht die Gesprächsanalyse, wiederkehrende oder sonstige charakteristische *patterns* auffindig zu machen (vgl. Peräkylä et al. 2008, S. 15). Es geht darum, verbal getragene oder auch anteilig verbal realisierte kommunikative Praktiken qualitativ zu beschreiben und in ihrer Funktion zu verstehen, womit hier allerdings nicht so sehr eine rein therapeutische, sondern

vielmehr auch die Gesprächsfunktion dieser Praktiken gemeint ist. Ein weiteres Anliegen gesprächsanalytischer Therapieforschung ist die Beschreibung der Makrostruktur oder auch *overall structural organization* von Therapiegesprächen (ebd., S. 17). Während vertiefende Erläuterungen zur Gesprächsanalyse in 3.1 folgen, wird hier nun ein kurzer Abriss über die Entwicklung und den aktuellen Stand im Feld der sprachwissenschaftlichen Erforschung von Psychotherapie gegeben. Dieser soll jedoch auf die wichtigsten Beiträge reduziert sein. Ein ausführlicher und zudem auch recht aktueller Überblick findet sich bei Scarvaglieri (2013, S. 7-79). Auch sollen in der hier vorgenommenen Zusammenstellung ältere Beiträge bewusst zugunsten neuerer zurückgestellt werden, da erstere in den jüngeren Studien oft auch rezipiert werden und somit implizit, über die letzteren vermittelt, zugänglich sind.

Anstatt diesen kurzen Forschungsüberblick direkt bei den ersten gesprächsanalytischen Beiträgen zur Erforschung von Psychotherapie einsetzen zu lassen, wird aber zuerst noch ein kurzer ‘Umweg’ eingeschlagen, der über die sprachwissenschaftliche Beschäftigung mit medizinischer Kommunikation führt. Wie bereits in 1.1.1 verdeutlicht wurde, weist psychotherapeutische Kommunikation in vielerlei Hinsicht eine große Nähe zu Handlungen oder vielmehr Handlungsformen auf, die sich in diesem verwandten institutionellen Gesprächs- und Interaktionsfeld abspielen. Aus diesem Grund kann es auch sinnvoll sein, für den Zweck der linguistischen Psychotherapieforschung auf linguistische Vorgängerstudien aus dem Bereich der medizinischen Arzt-Patient-Kommunikation zurückzugreifen:

Unlike psychotherapy, medical consultation has been studied quite extensively by CA over the years. Heritage and Maynard (2006) provide us with an excellent review of the CA research on medical consultation, which allows us to see what kind of contribution CA might be able to give for understanding the encounter between a client and a professional. (Peräkylä et al. 2008, S. 17)

Gesprächs- beziehungsweise konversationsanalytische Forschungen zur medizinischen Arzt-Patient-Kommunikation können somit als Ausgangsbasis für Forschungen, die psychotherapeutische Kommunikation und insbesondere Therapiegespräche zum Gegenstand haben, genommen werden. Es gilt, die Erkenntnisse der ersteren Untersuchungen für letztere nutzbar zu machen. Auf gleiche Weise können auch die Ergebnisse aus Studien zu Beratungsgesprächen, die in nicht-medizinischen Kontexten angesiedelt sind, wichtige Beiträge zur linguistischen Psychotherapieforschung leisten. Allerdings kann dies nur gelingen, sofern dabei die Beschränkungen, die mit den typspezifischen Unterschieden beider Gesprächsarten (vgl. Scarvaglieri 2013, S. 102ff.) einhergehen, beachtet werden. Um zu zeigen, wie auf den Ergebnissen linguistischer Studien in medizinischen Gesprächsfeldern aufgebaut werden kann, nennen Peräkylä et al. (2008, S. 17f.) als Beispiel die *overall structural organization*, welche die medizinische Konsultation in verschiedene Phasen einteilt. Soll ein derartiges Phasenmodell auch für psychotherapeutische Gespräche gefunden werden, so muss dieses nun nicht mehr von Grund auf neu erarbeitet werden. Stattdessen lässt sich ein ursprünglich für medizinische Gespräche entwickeltes Modell der Gesamtstruktur als Vorlage heranziehen, die dann entsprechend für den Gegenstand des Therapiegesprächs angepasst und weiterentwickelt wird. Schließlich kann umgekehrt auch die sprachwissenschaftliche Psychotherapieforschung ihrerseits wertvolle Erkenntnisse über sprachliche Interaktion insgesamt hervorbringen. Dies zeigen auch einige der im Folgenden vorgestellten frühen Studien zur psychotherapeutischen Interaktion. Es ist jedoch zu bedenken, dass diese teilweise in und teilweise sogar noch vor die Anfangszeit der sogenannten ‘pragmatischen Wende’ fallen, die in der linguistischen Sprachwissenschaft ungefähr in den siebziger Jahren ihren Anfang nimmt. Daher sind die im Folgenden kurz vorgestellten früheren Forschungsbeiträge oft auch noch nicht im eigentlichen Sinne – oder vielmehr: aus heutigem Verständnis – als sprachwissenschaftliche Untersuchungen zu verstehen.

Als ein Meilenstein der qualitativen linguistischen Erforschung von Psychotherapie wird meist die Studie von Pittenger, Hockett und Danehy aus dem Jahr 1961 genannt, die zum ersten Mal mittels Audio- und Videoaufzeichnung festgehaltenes Datenmaterial aus einem Psychotherapiegespräch untersuchen (siehe beispielsweise Scarvaglieri 2013, S. 8; Peräkylä et al. 2008, S. 7f.; Pawelczyk 2011, S. 24). Die aus dieser Studie hervorgehenden Erkenntnisse betreffen jedoch in erster Linie die verbale Interaktion und damit verbundene Methoden zu ihrer Untersuchung im Allgemeinen und weniger psychotherapiespezifische Interaktionsformen (Peräkylä et al. 2008, S. 8). Ferner wäre noch die Studie von Birdwhistell und Scheflen zu nennen, die jedoch in erster Linie körpersprachliche und proxemische Interaktionsmerkmale in den Blick nimmt (vgl. ebd., S. 9). Als „major milestone“ bezeichnen Weiste/Peräkylä (2015, S. 1) die unter dem Titel „Therapeutic Discourse“ veröffentlichte Studie von Labov und Fanshel (1977). Anders als in den vorigen Studien kommt hier die Sprechakttheorie zum Einsatz (Weiste/Peräkylä 2015, S. 1). „In their analysis, Labov and Fanshel single out four basic types of actions: metalinguistic action [...], representation, request and challenge“ (ebd.). Kritisiert wird jedoch oft, dass dort nur ein kurzer Ausschnitt aus einem einzigen Gespräch herangezogen wird (so zum Beispiel Scarvaglieri 2013, S. 9), worunter die Vergleichbarkeit der Studie leidet. Als Wegbereiter der deutschsprachigen linguistischen Erforschung von Psychotherapie ist stellvertretend Flader zu nennen:

Das Forschungsprojekt »Diskursstrukturen der psychoanalytischen Therapie« um Dieter Flader führte zwischen 1980 und 1984 zum Entstehen zahlreicher Arbeiten, die einen Grundstock linguistischen Wissens über Kommunikationsprozesse in der Psychoanalyse und der Psychotherapie erarbeiten konnten. (Scarvaglieri 2013, S. 15)

Einen weiteren zentralen Beitrag leistet Ferrara 1994 in ihrer Arbeit „Therapeutic Ways with Words“ (vgl. Peräkylä et al. 2008, S. 10). Das von ihr untersuchte Datenmaterial ist mit einem Umfang von insgesamt vierundachtzig Stunden aufgenommenen Gesprächsmaterials, sechs beteiligten Therapeuten und zehn verschiedenen Patienten (vgl. ebd.) verhältnismäßig breit aufgestellt. „Ferrara aimed at describing general principles of discourse by looking at a specific type of situated speech interaction, i.e., psychotherapy“ (Pawelczyk 2011, S. 24). Hierfür sucht sie nach sogenannten „recurrent »discourse strategies«“ (Peräkylä et al. 2008, S. 10) und ermittelt als solche „personal experience narration, dream narration, repetition of the other's talk, construction of metaphors, and joint production of utterances“ (ebd.).

Einer der jüngeren Beiträge liefert die Forschergruppe um Peräkylä mit „Conversation Analysis and Psychotherapy“ (Peräkylä et al. (Hg.) 2008). Während in der vorausgehenden Forschung vergleichende Studien zu verschiedenen psychotherapeutischen Ansätzen und Methoden zu Genüge bedacht sind, wurde ihrer Ansicht nach eine systematische Erfassung der Gesprächspraktiken selbst versäumt: „CA researchers have investigated separate practices without gaining much understanding about the ways in which different practices are related to each other so as to produce a psychotherapeutic session as a whole“ (Peräkylä et al. 2008, S. 21f.). Der genannte Beitrag von Peräkylä et al. ist daher zunächst auf eine systematische Erfassung der verschiedenen möglichen Praktiken, beziehungsweise Handlungen – und infolgedessen insbesondere auf das Untersuchen des Zusammenwirkens verschiedener sprachlicher Handlungen im Therapieprozess – ausgerichtet.¹⁵

¹⁵ Die systematische Einteilung für therapeutische Handlungen, die die Autoren vornehmen, soll später in 2.2 vorgestellt und diskutiert werden.

Eine weitere Untersuchung zu sprachlichen Prozessen in der Psychotherapie legt Pawelczyk (2011) vor. Unter anderem geht sie der Frage nach, wie in solchen Gesprächen Bedeutung konstituiert und verwaltet wird; sie spricht von „transparency of meaning“. Sie arbeitet mit einem 65 Stunden langen Korpus von Gesprächen aus einem ‘Workshop’, in welchem Personen, die selbst psychologische Hilfestellung im weitesten Sinne anbieten, die Möglichkeit geboten wurde, ihrerseits eine gesprächstherapeutische Betreuung in Anspruch zu nehmen. Wie den meisten gesprächsanalytisch orientierten Forschern kommt es ihr auf einen minutiösen Nachvollzug des therapeutischen Geschehens an. „At the micro level, discourse is concerned with the largely hidden ways in which meaning and attitude are conveyed through intonation, rhythm and other linguistic features [...]“ (Pawelczyk 2011, S. 47). Konsequenterweise berücksichtigt sie auch paralinguistische und teilweise non-verbale Eigenschaften, allerdings weiterhin größtenteils von oberflächlich beobachtbaren Gesprächsmerkmalen ausgehend. In einem zweiten Teil widmet sie sich der Frage, wie emotionale Gehalte sprachlich zwischen Patient und Therapeut verhandelt werden, sodass letzterer schließlich helfend intervenieren kann.

Einen umfassenden Versuch, Psychotherapie aus sprachlicher Sicht zu erfassen, nimmt Scarvaglieri (2013) in seiner Monografie „»Nichts anderes als ein Austausch von Worten« – Sprachliches Handeln in der Psychotherapie“ vor. Seine Studie steht in der ‘Tradition’ (siehe auch weiter oben) der Frage nach der „Verbindung von »Outcome« und Prozess von Therapie“ (ebd., S. 2). Es kommt ihm dabei vor allem auf den Zusammenhang zwischen der sprachlichen Oberfläche und mentalen Prozessen an, zu welchem er mithilfe der funktionalen Pragmatik (ebd., S. 81-99) einen Zugang sucht. Er will herausfinden, ‘wie’ Psychotherapie wirkt und betont hierfür die Nutzbarmachung beziehungsweise das Hineinspielen alltäglicher Handlungen beziehungsweise Handlungsschemata in institutionalisierte psychotherapeutische Gespräche. So bezeichnet er Psychotherapie als „Ensemble alltäglicher und therapeutischer Handlungen“ (ebd., S. 27f.). Für das psychotherapeutische Sprechen identifiziert er im Wesentlichen sechs Typen von Handlungen, darunter patientenseitig das Erzählen und therapeutenseitig das Verbalisieren des emotionalen Erlebnisgehalts (kurz VEE), ‘Formulierungen’, Fragen, Fokussierungen und Deuten. Er untersucht ein Korpus von sechs Therapieverläufen, die je zwölf Gespräche umfassen. Dabei sind sowohl der tiefenpsychologische als auch der gesprächs- und schließlich der verhaltenstherapeutische Therapieansatz vertreten (ebd., S. 117). Für die Detailanalyse wählt er von den oben genannten Handlungen das ‘Deuten’ und das ‘VEE’ als die seiner Ansicht nach zentralen heilenden Handlungen aus (ebd., S. 111-115). Diese bringt er auf der Grundlage seiner Analyseergebnisse in Zusammenhang mit der Herstellung von Handlungsfähigkeit, welche seiner Ansicht nach das Gelingen von Psychotherapie ausmacht:

Diese Handlungsfähigkeit basiert auf dem »Deuten« (Therapeut) bzw. »Verstehen« (Patient) einer der fraglichen Situation inhärenten *Systematik, die auf Ansatzpunkte zu alternativem Handeln hin rekonstruiert wird*. Das »Verstehen« lässt *neue Handlungswege* erkennen und macht die Situation des Patienten so »handhabbar«. Wie die Analysen zeigen, ist das »Deuten« dabei so ausgeformt, dass die Patienten »Verstehen« zu einem großen Teil *selbsttätig* herstellen. Wissen wird also aktiviert, nicht übertragen. (ebd., S. 281f.)

Der Einsatz von Deuten und VEE ermöglicht also eine sprachlich getragene Wissensumstrukturierung (Konerding 2015, S. 232), die dem Patienten neue Handlungsperspektiven erschließt. Neben diesen Erkenntnissen entwickelt Scarvaglieri bereits bestehende linguistische Konzepte zum psychotherapeutischen Gespräch unter Einbezug seiner Analyse weiter. Der einschlägige Beitrag, den er in dieser Hinsicht leistet, ist die Konzeptualisierung von sprachlichem Handeln in der Psychotherapie als hörerzentriertem Handeln: „Die alleinige Ausrich-

tung auf den Patienten, den Hörer der therapeutischen Interventionen, formt und prägt den therapeutischen Diskurs durchgehend, dies wird als »Hörerzentrierung« benannt“ (Scarvaglieri 2013, S. 289). Konerding (2015) gibt jedoch die Einseitigkeit dieses Vorgehens zu bedenken. Er weist darauf hin, dass bei Scarvaglieri ein für den therapeutischen Prozess zentraler Bereich unberücksichtigt bleibt, nämlich jener nicht für symbolgetragene Interaktion zugängliche und daher auch nicht sprachlich bearbeitbare Bereich des ‘Unbewussten’:

Rein symbolgetragenes Verstehen und rational reflektierte wie kontrollierte Handlungssteuerung werden kaum wirksam werden, wenn nicht zugleich explizit oder implizit eine Bearbeitung oder Veränderung der emotional reaktiven Motivationen und Prozeduren sowie eine Bearbeitung und Veränderung der damit verbundenen, emotional getragenen situativen Haltungen und Einstellungen vorgenommen wird [...]. (Konerding 2015, S. 233)

Ihm zufolge versäumt Scarvaglieri es, den Zusammenhang zwischen sprachlicher Interaktion und „implizitem, prozeduralem Wissen, emotio-affektiv bestimmten Einstellungen und Verhaltensdispositionen [...]“ (ebd.) in seine Erklärung der Wirkungsweise von Psychotherapie mit aufzunehmen. Konerding weist entsprechend auf kognitiv-behaviorale Therapieansätze hin, welche diese andere Seite der Umstrukturierung im ‘Inneren des Patienten’, nämlich im Bereich des implizit Prozeduralen, repräsentieren. Am methodischen Vorgehen Scarvaglieris kritisiert er hingegen, dass dessen Berufung auf die funktionale Pragmatik hinter den Entwicklungen an der Schnittstelle zwischen diesem Zweig der Sprachwissenschaft und den kognitiven Wissenschaften, die in den letzten zwanzig Jahren stattgefunden haben, zurückbleibt (ebd.). Auch macht Konerding selbst einige Vorschläge dazu, wie eine solche Integration neuerer kognitionswissenschaftlicher Ansätze in die pragmatische Theorie aussehen kann. Er nennt beispielsweise die Erstspracherwerbsforschung, welche die Entwicklung sprachlicher Kommunikationsfähigkeit aus präverbaler, emotional gesteuerter Interaktion heraus erklärt und so auch Aufschluss über die Rolle von Emotionen in komplexer Interaktion gibt. Im Hinblick auf die zukünftige Forschung stimmt er zunächst mit Scarvaglieri überein, was die Rolle des Antimentalismus in der Linguistik anbelangt, den er als überholt bezeichnet. Zudem plädiert Konerding für die Berücksichtigung konstruktionsgrammatischer Zugänge zu Sprache.

1.2 Das Gesprächsformat der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik

Um das Spezifische der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) zu verstehen, ist es sinnvoll, vorab zu klären, was psychotherapeutische Diagnostik überhaupt ist, welche verschiedenen Arten es gibt und wie die OPD darin zu verorten ist. Eine Diagnosestellung kann zu verschiedenen Zeitpunkten einer Therapie und mit verschiedenen Zielsetzungen durchgeführt werden. Es wird unterschieden zwischen Eingangsdiagnostik, Prozessdiagnostik und Erfolgsdiagnostik (Sachse 1999, S. 95). Sie kann, abhängig von Art und Zeitpunkt ihrer Durchführung, zu Forschungszwecken, zur Qualitätssicherung, zur Modellbildung, zur Indikationsstellung und zur Erfolgsmessung dienen (vgl. ebd., S. 95ff.). Dabei kommt der Eingangsdiagnostik eine besondere Bedeutung zu, da diese den Ausgangspunkt für jedes weitere Vorgehen bildet. Erfolgsmessung und Qualitätssicherung sind für die vergleichende Auswertung des Patientenstatus zu einem späteren Zeitpunkt auf die Vorlage des Eingangsstatus angewiesen. Vor allem aber entscheidet sich anhand ihrer Ergebnisse die Gestaltung der Therapie. Denn die Notwendigkeit der Diagnostik ergibt sich aus der Annahme, dass – entgegen dem „Homogenitätsmythos“ – eine Therapie auf die jeweils individuell unterschiedlichen Voraussetzungen des Patienten einzugehen hat, will sie effektiv sein (vgl. Sachse 1999, S. 94;

Arbeitskreis OPD (Hg.) 2014, S. 62f.). Um aber die Therapie nach den spezifischen Bedürfnissen des Patienten ausrichten zu können, ist zunächst eine Indikationsstellung zur Ermittlung dieser individuellen Voraussetzungen und Merkmale des Patienten nötig. Angesichts dieser therapeutischen Aufgabenstellung soll nun dargestellt werden, auf welche Weise die OPD hierzu beiträgt.

Die OPD ist ein vom gleichnamigen Arbeitskreis entwickeltes Diagnostikverfahren, welches dazu dient, aus dem Gespräch heraus die Psychodynamik des Patienten einzuschätzen. Als standardisiertes Diagnoseinstrument zur symptomorientierten Eingangsdiagnostik (vgl. Sachse 1999, S. 98) soll das OPD-Interview dadurch ein verlässliches Bild der Leiden und spezifischen Schwierigkeiten der Patienten zeichnen, dass es unter Anwendung von Kategoriensystemen und Skalen zur Einordnung der Befunde Vergleichbarkeit gewährleistet (siehe auch Arbeitskreis OPD (Hg.) 2014, S. 42ff., 47-59). Diese Funktion übernehmen hier fünf später noch einzeln vorzustellende Achsen.¹⁶ Dabei arbeitet die OPD mit der Methode der differenziellen Indikationsstellung (vgl. ebd., S. 61-65, 80f., 324f.), welche gegenüber der selektiven oder der adaptiven Indikationsstellung (siehe hierzu Sachse 1999, S. 96f.) bei der Ermittlung der für den Patienten am besten geeigneten therapeutischen Strategie helfen soll. Wie in den meisten therapeutischen Diagnosegesprächen ist das Vorgehen hierbei manualgestützt. Ein bereits bestehendes Klassifikationsschema¹⁷ zur deskriptiven, an Symptomen ausgerichteten Ermittlung des Profils vorliegender psychischer Störungen wird als Ausgangsbasis verwendet und um grundlegende psychodynamische Dimensionen erweitert (vgl. Arbeitskreis OPD (Hg.) 2014, S. 27). Dabei zielt das OPD-Verfahren, insofern es zwischen Verhaltensdeskription und metapsychologischer Begriffsbildung angesiedelt ist, auf ein mittleres Abstraktionsniveau ab (ebd., S. 32ff.). Das aktuell gültige Manual (OPD-2) ist eine Weiterentwicklung einer Vorläuferversion (zur genauen Unterscheidung der beiden Versionen siehe Arbeitskreis OPD (Hg.) 2014, S. 28-31). Da die später zu analysierenden Gespräche im aus dem Korpus dieser Arbeit nach den Richtlinien von OPD-2 geführt wurden, halten sich die folgenden Ausführungen an die konzeptuell-theoretischen Hintergründe und die daraus hervorgehenden Richtlinien der momentan aktuellen Version.

Die Diagnostik nach OPD-2 folgt einem dimensionalen Ansatz, der „die fließenden Übergänge zwischen den verschiedenen Formen und die Komplexität der Phänomene“ (ebd., S. 37) berücksichtigt. Sie orientiert sich an fünf Achsen, welche im parallelen Verständnis verschiedener Aspekte der Psyche und Lebensumstände ein ganzheitliches Gesamtbild der Situation des Patienten ermöglichen. Diese Achsen sollen nun kurz vorgestellt werden.

Achse I ist mit dem Krankheitserleben und den Behandlungsvoraussetzungen befasst (vgl. Arbeitskreis OPD (Hg.) 2014, S. 35). Hier werden einerseits objektivierende Aspekte, wie etwa Schweregrad und Dauer der psychosozialen aber auch somatischen Beschwerden erfasst, ebenso das subjektive Leiden, im Sinne von Krankheitserleben, -konzepten, Veränderungsvorstellungen, Veränderungsressourcen und Veränderungshemmnissen (vgl. ebd., S. 61-67, 70f.). Neben den direkt einzuschätzenden Variablen und Konstrukten ergibt sich während des Erfragens auch eine erste Annäherung an Persönlichkeitsmerkmale des Patienten, wie bei-

¹⁶ Es können im Zuge dessen aber auch allgemeine persönliche Daten, wie sie in der sogenannten Basisdokumentation (siehe Sachse 1999, S. 99) erhoben werden, abgefragt werden. Später bei der Analyse der Fragen in den vorliegenden empirischen Gesprächsdaten wird sich zeigen, dass gerade dieser Handlungstyp von Therapeuten oftmals verwendet wird, um Basisinformationen über den Patienten und Fakten aus dessen Vorgeschichte zu erhalten.

¹⁷ Hiermit ist in erster Linie das sogenannte ICD-Modell, beziehungsweise die ICD-10-Klassifikation gemeint (siehe auch Arbeitskreis OPD (Hg.) 2014, S. 32f.); andere Diagnosesysteme wie etwa das nordamerikanische DSM können je nach Fragestellung ebenfalls verwendet werden.

spielsweise dessen Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung und -steuerung (vgl. ebd., S. 69f.). Allerdings ist das primäre Ziel der Achse I, grundsätzlich zu klären, was der Patient im Hinblick auf die angestrebte Therapie erwartet, welcher Art seine Motivation ist und was er seinerseits an Ressourcen zur Problembearbeitung und -bewältigung mitbringt (vgl. ebd., S. 72-79). Auf diese Weise wird eine Grundlage für die weitere Behandlungsplanung geschaffen.

Achse II nimmt den Aspekt 'Beziehung' in den Blick. Dabei geht es um das systematische Abbilden repetitiv-dysfunktionaler Muster des Erlebens und Verhaltens, die mithilfe von Itemformulierungen aus der Tradition der Strukturellen Analyse Sozialen Verhaltens und interpersonellen Zirkumplexmodellen beschrieben werden (Benjamin 1974). Es werden vier zusammenhängende interpersonelle Positionen beschrieben: Erstens, wie Patienten immer wieder Andere erleben, zweitens, wie sie sich in ihrem eigenen Erleben dazu verhalten, drittens, wie Andere, auch der Untersucher, diesen Bewältigungsversuch der Patienten erleben, und viertens, was dies für interpersonelle Impulse beim Anderen, auch dem Therapeuten, auslöst. In einem letzten Schritt kann geprüft werden, wie der Patient es wohl erlebte, gäbe der Therapeut diesem Impuls nach. Zunächst werden anhand von erzählten Beziehungsepisoden aus dem Alltag des Patienten wiederkehrende Beziehungserfahrungen und -muster identifiziert (vgl. Benjamin 1974, S. 83). Dafür stützt der Therapeut sich auf ein „Kategoriensystem beobachtungsnaher Verhaltensweisen“ (ebd., S. 35). Eine wichtige Rolle spielt auch das Konzept von Übertragung und Gegenübertragung, welches die aus der Patientenerzählung gewonnenen Eindrücke um eine Außenperspektive ergänzt (vgl. ebd., S. 83). Die weiter oben schon angesprochene therapeutische Beziehung steht dem Therapeuten als zusätzliche, zur Patientenerzählung komplementäre Informations- und Verstehensressource offen: „Anhand der Reaktionen und Impulse, die der Untersucher bei sich beobachtet, kann er Rückschlüsse darauf ziehen, wie sich andere in der Begegnung mit dem Patienten fühlen und eventuell verhalten.“ (ebd.). Damit wird der Therapeut zum einen selber Teilnehmer des Interaktionsverhaltens des Patienten, gleichzeitig aber Beobachter desselben. Dies ermöglicht, während des OPD-Interviews über das kognitiv erfasste Material hinaus Hypothesen zu entwickeln und zu überprüfen (siehe auch Ehrenthal/Grande 2014).

Achse III widmet sich intrapsychischen, oft nicht bewussten Konflikten des Patienten. Damit sind motivational wirksame „Lebensthemen“ gemeint, die nicht ausreichend gut in die psychische Struktur der Patienten integriert sind, so dass sie oftmals in konfliktrelevanten Lebenssituationen hemmend oder dysfunktionale Abwehrstrategien begünstigend wirken. Konflikte können selber oft nicht direkt erkannt, aber an ihren Abkömmlingen und zugehörigen Leitaaffekten herausgearbeitet werden (Ehrenthal 2012). Ziel insbesondere psychodynamischer Therapien ist es, langfristig das Wissen über die Konflikte des Patienten dergestalt therapeutisch zu bearbeiten, dass sie im *common ground* (siehe hierzu Ehrhardt/Heringer 2011, S. 40), also im gemeinsam geteilten Wissen beider Gesprächsteilnehmer präsent sind, so dass Patienten Verantwortung für ihre nunmehr bewussten Bedürfnisse übernehmen können. Dazu müssen sowohl dem Patienten (noch) nicht zugängliche unbewusste Konflikte, als auch jene bewussten, dem Therapeuten jedoch (noch) nicht bekannten Konflikte fassbar gemacht werden, indem sie auf der für beide gleichermaßen verfügbaren verbalen Ebene *displayed* (vgl. Deppermann 2008a, S. 50) werden. Es ist nämlich gerade dies die genuine Aufgabe von Kommunikation, „den Common Ground[sic!] zu erweitern, zu koordinieren und anzupassen“ (Ehrhardt/Heringer 2011, S. 40). Die Konflikte des Patienten müssen mittels der sprachlichen Verständigung intersubjektiv verfügbar gemacht und ein hinreichendes beidseitiges Verstehen abgesichert werden. Dies ist Voraussetzung dafür, einen Konflikt zum Gegenstand weiterer gemeinsamer Bearbeitung machen zu können und ihn möglicherweise als Handlungs- und Behandlungsziel zur zentralen Aufgabe des weiteren Therapieprozesses zu erklären.

ren. Im Interview muss daher ebenfalls, wie der Arbeitskreis OPD (Hg.) (2014, S. 98) betont, Unbewusstes wie auch Bewusstes gleichermaßen erschlossen werden.

Achse IV setzt sich prüfend mit der Struktur des Patienten auseinander, welche in der Nomenklatur der OPD als „ganzheitliche[s] Gefüge von psychischen Dispositionen“ (Arbeitskreis OPD (Hg.) 2014, S. 114) verstanden wird. Dabei geht es um dispositionelle Fähigkeiten, gleichsam psychisches Handwerkszeug in den Bereichen von Wahrnehmung, Steuerung, emotionaler Kommunikation und Bindungsfähigkeit, jeweils in Bezug auf das Selbst wie auch die Anderen oder, in psychoanalytischer Terminologie, die „Objekte“ (Ehrenthal 2014). Ähnlich wie bei Achse II stützt sich der Therapeut auch hier zu großen Teilen auf das, was sich in der therapeutischen Begegnung selbst an strukturellen Dispositionen beim Patienten äußert (ebd., S. 120f.). Zudem wird insbesondere auf Brüche in der Biografie, die Hinweise auf strukturelle Störungen liefern können, aber auch Kohärenz des Narrativs geachtet. Besonders wichtig sind hier die Fragen nach der Selbstbeschreibung und der Beschreibung der wichtigen Anderen bzw. Objekte.

Achse V ist der syndromal-deskriptiven Diagnostik psychopathologischer Phänomene verpflichtet (vgl. Arbeitskreis OPD (Hg.) 2014, S. 36, 123). Dies ermöglicht eine Anbindung an vorausgehende, nachfolgende oder zeitgleich in Kombination mit der Psychotherapie durchgeführte Behandlungen – insbesondere dann, wenn das Feststellen der Bedürftigkeit nach einer psychotherapeutischen Behandlung im Zuge vorausgehender oder begleitender physisch-medizinischer Untersuchungen erfolgt.¹⁸ Für die Klassifikation werden Anleihen bei den selbst wiederum multiaxial angelegten Klassifikationsprinzipien der Psychiatrie gemacht (ebd., S. 123, 126). Das Erreichen der Diagnosestellung macht jedoch die anderen Achsen nicht überflüssig oder gar zu vorübergehend herangezogenen Hilfsmitteln, die ‘auf dem Weg’ zur Diagnose eingesetzt und dann wieder verworfen werden.

Während andere, rein symptomzentrierte, strukturierte Interviews die kooperative Arbeitsbeziehung vor allem dazu benötigen, dass sich der Patient keiner Antwort verweigert, beginnt in der Logik der OPD die interaktive und kooperative Arbeit an den Problemen des Patienten bereits in einem diagnostischen Gespräch: Die Entwicklung eines Verständnisses für die eigenen Probleme und die durch den Therapeuten angeleitete Selbstexploration können prinzipiell von der ersten Gesprächsminute an stattfinden. Anders als in einem physisch-medizinischen Arzt-Patient-Gespräch ist Psychotherapie ein grundlegend dynamisches Unterfangen, bei dem keine klar zielführende Abfolge nach dem vereinfachten Muster ‘Beschwerdenschilderung → Diagnose’ auszumachen ist. Ganz im Gegenteil bildet die gemäß Achse V gestellte Diagnose in der OPD lediglich ergänzend zur Situation und den Dispositionen des Patienten, welche auch dessen potenziell heilungsfördernde Ressourcen umfassen, auch die spezifischen pathologischen Störungen ab. Ohnehin ist das multiaxiale Vorgehen, zu welchem gleich noch einige Bemerkungen folgen, keineswegs als Liste von zeitlich nacheinander abzuarbeitenden Kategorien zu verstehen, welche über Zwischenschritte zu ‘dem einen’ Ergebnis führen. Hierauf wird der folgende Abschnitt genauer eingehen. Die fünfte Achse weist hinsichtlich der Beteiligung des Patienten, wie sie bereits weiter oben beschrieben wurde, noch eine Besonderheit im Hinblick auf das Therapiegespräch auf: Nicht nur wird der Patient in der Regel nicht vom Therapeuten in die sich laufend stillschweigend vollziehende Einordnung des aus dem Gespräch gewonnenen Wissens in fachlich kategoriale Wissensstrukturen einbezogen. Auch

¹⁸ Scarvaglieri (2013, S. 102) bemerkt, dass die Behandlung psychischer und körperlicher Leiden nicht immer kategorisch zu trennen ist – nämlich dann, wenn psychosomatische Erkrankungen vorliegen. Auch Konerding (2015, S. 226) weist auf die zunehmende gesellschaftliche Relevanz psychosomatischer Erkrankungen hin.

kann die Stellung der Diagnose im Wesentlichen außergesprächlich erfolgen. Während der Therapeut sich im laufenden Gespräch in erster Linie auf das Elizitieren therapeutisch relevanten Materials konzentriert, bietet sich gerade ein Zeitpunkt außerhalb des Gesprächs zum anschließenden Reflektieren, Kombinieren und schließlich diagnostisch-klassifikatorischen Dokumentieren seiner Eindrücke – meist mithilfe eigens für solche Zwecke entwickelter Vorlagen (siehe auch die Materialien des Arbeitskreises OPD (Hg.) 2014, S. 413-481) – an. Was die Dokumentation anbelangt, gilt jedoch auch für die anderen Achsen, dass sie erst zu einem späteren Zeitpunkt erfolgt oder zumindest vervollständigt wird. Überhaupt sind die verschiedenen Achsen während des Gesprächs mit dem Patienten nur indirekt, nämlich in Form der dadurch gesteuerten Fragen beziehungsweise Redeaufforderungen auf der sprachlichen Oberfläche präsent, nicht aber explizit thematisch. Allerdings kann nur Achse V bei Bedarf auch vollständig aus dem OPD-Erstgespräch ausgelagert werden (ebd., S. 302).

Zum multiaxialen Vorgehen ist abschließend noch eines anzumerken: Die Achsen hängen alle untereinander zusammen, und zwar auf komplexe und nicht-lineare Weise:

Seelische Phänomene und Störungen sind komplex und damit multifaktoriell. Die multifaktorielle interaktive Komplexität erfordert einen Erklärungspluralismus mit unterschiedlichen Informationsperspektiven, um sich dem komplexen Phänomen zu nähern. (Arbeitskreis OPD (Hg.) 2014, S. 37)

Die relevanten psychischen Eigenschaften des Patienten können also nur auf eine dynamisch-interaktive Weise und dementsprechend mit einer grundsätzlichen Offenheit für spontane Gesprächsbewegungen des Patienten erforscht werden. Dies hat eine flexible Gesprächsgestaltung zur Folge. Dadurch ist auch die Tendenz des Gesprächsleiters, diverse Punkte eines Leitfaden-Fragekatalogs ‘strikt schematisch’ nacheinander ‘abzuarbeiten’ – Scarvaglieri (2013, S. 11) spricht hier von einem „Trend zur ‘Manualisierung’ von Behandlungen“ – im Vergleich zu physisch-medizinischen Arzt-Patient-Diagnosegesprächen erheblich geringer ausgeprägt. Gleichzeitig erwächst daraus aber auch ein besonderer Anspruch an den Therapeuten, der darauf achten sollte, alle wichtigen (Frage-)Bereiche abzudecken. Jedoch kann er hierbei der ‘natürlichen’ Gesprächsentwicklung großen Spielraum zugestehen – vorausgesetzt, er behält selbst einen Überblick und erkennt die Stellen, an denen er strukturierend eingreifen muss. Um beidem gerecht werden zu können, also sowohl einer umfassenden Bearbeitung der durch die Achsen vorgegebenen Themen als auch der Notwendigkeit ausgedehnter Phasen ‘produktiver Unstrukturiertheit’ im Gespräch, sieht der OPD-Leitfaden auch die Möglichkeit weiterer Gespräche vor (Arbeitskreis OPD (Hg.) 2014, S. 239). Das nur scheinbar widersprüchliche Konzept einer kontrollierten, wenn nicht sogar ‘strukturierten Unstrukturiertheit’ wird im folgenden Abschnitt noch klarer werden.

Das Grundprinzip einer offenen, wenig direktiven Gesprächsführung ist auch im OPD-Leitfaden verankert. Neben den fünf Achsen, welche das Hintergrundwissen zur diagnostischen Be- und Auswertung der Beobachtungen am Patienten darstellen, ist dort auch das dazu komplementäre ‘Wie’ der Durchführung eines OPD-Interviews beschrieben, also die gesprächs technische Seite professioneller therapeutischer Intervention. Die OPD wird beschrieben als „Synthese aus einem psychodynamischen Interview und einer Reihe von strukturierten Interviewstrategien, die bereits bestehenden diagnostischen Systemen entliehen und adaptiert wurden“ (ebd., S. 281). Weiter heißt es:

Primäre Grundeinstellung des Interviewers ist die eines psychodynamischen Erstinterviews, die die Bühne für eine szenische Entwicklung in der Interviewbeziehung frei macht, wenig strukturiert und nicht explorativ vorgeht. Obwohl diese Haltung in strukturierten Interviewpassagen vorüber-

gehend verlassen wird, ist es ein Grundprinzip des OPD-Interviews, immer wieder zu ihr zurück-zukehren. (Arbeitskreis OPD (Hg.) 2014, S. 289)

Die in den verschiedenen Achsen beschriebenen Merkmale müssen also nicht ‘blockweise’ lückenlos ‘abgeprüft’ werden. Ganz im Gegenteil sollte die therapeutenseitige Gesprächsgestaltung so angelegt sein, dass sie die „spontan[e] Entfaltung des inneren Erlebens“ fördert und die „Beziehungsangebote des Patienten“ aufgreift (ebd.). In der Regel gilt es, keine ‘abrupten’ Themenwechsel herbeizuführen, wo der Patient gemäß seinem lokalen Bedürfnis an einer bestimmten Stelle im Gespräch ein Thema aufgreift oder einen Erzählstrang verfolgt. Ein derartiges Eingreifen kann jedoch nötig werden, wenn der Therapeut das Gespräch in seinem therapeutischen Fortschritt und somit seiner Wirksamkeit gefährdet sieht. Beispielsweise kann er zur Vermeidung von Schleifenbildung (siehe hierzu Brinker/Sager 2010, S. 104) durchaus auch die Themenfortführung des Patienten unterbinden und stattdessen neue Themenangebote machen.

Entsprechend dem Strukturierungsgrad der Gesprächslenkung werden eine explorative und eine beziehungs-dynamische Herangehensweise unterschieden (vgl. Arbeitskreis OPD (Hg.) 2014, S. 281f.). Die OPD nutzt eine Kombination beider Strategien. Eine Einsicht in diese Verfahrensweise ist gerade auch für das Verständnis therapeutischer Fragehandlungen grundlegend: Ein exploratives Vorgehen ist bestrebt, mit gezielten Fragen Fakten zu ermitteln, während der beziehungs-dynamische Ansatz die Übertragung-Gegenübertragung-Dynamik als Informationsquelle nutzt.

Als psychodynamische Interventionsstrategien für die unstrukturiert-offenen Phasen werden Klärung, Konfrontation und Deutung (Arbeitskreis OPD (Hg.) 2014, S. 290f.) genannt. Zur Deutung liegen bereits eine Reihe linguistischer Untersuchungen vor (siehe beispielsweise Scarvaglieri 2013, S. 60–79, 191–267 oder Vehviläinen 2003), ebenso zur Konfrontation (Peräkylä 2004). Klärungen hingegen erscheinen zunächst weniger ergiebig für sprachwissenschaftliche Analysen. Ihr konkreter Einsatz und ihre modale Gestaltung sind jedoch von erheblicher Bedeutung für den therapeutischen Prozess, wenn auch vorwiegend auf einer anderen Ebene. Sie machen freilich nicht die eigentliche therapeutische Kernarbeit aus, schaffen jedoch die notwendigen Verstehensvoraussetzungen für alle weiteren spezifisch therapeutischen Handlungen. Zudem können Therapeuten scheinbar ‘neutrale’ Klärungen strategisch als Vehikel zum subtilen Anbringen von Modalisierungen, Relevanzmarkierungen oder anderweitig gesprächssteuernden Signalen nutzen, wodurch sie sogar äußerst ergiebig für linguistische Analysen sein können.

Für die stellenweise eingesetzten, zwecks Exploration bestimmter Bereiche notwendigerweise stärker strukturierten Gesprächsphasen existieren in der OPD-Theorie keine derartigen klar definierten und positiv zu beschreibenden Interventionsstrategien.¹⁹ Doch es gibt – abgesehen von Checklisten dazu, was überprüft werden soll – Empfehlungen bezüglich der Strategien, die v e r m i e d e n werden sollen. Speziell im Hinblick auf Fragen heißt es:

In den mäßig strukturierten Gesprächsabschnitten werden einzelne Themenbereiche vom Interviewer vorgegeben bzw. fokussiert. Dabei ist es wichtig, nicht unvermittelt in das Stellen geschlossener Fragen zu verfallen, sondern zunächst so offen wie möglich den entsprechenden Bereich anzusprechen. (Arbeitskreis OPD (Hg.) 2014, S. 291)

¹⁹ Allerdings finden sich im Anhang Beispielformulierungen für die Exploration der verschiedenen Achsen.

Ob diese Vorgabe auch tatsächlich eingehalten wird und wie sich die Findung von Alternativen zu geschlossenen themeninitiiierenden Fragen in diesem Fall konkret gestaltet, wäre zu untersuchen. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit kann dies nicht geleistet werden und bleibt somit ein vorerst ausstehender Ansatzpunkt für weitere Forschungen zum Thema; jedoch werden im Zuge der später in 4.3 und 4.4 vorzunehmenden Analysen noch einige Beobachtungen und Anregungen hierzu folgen.

Ein OPD-Gespräch lässt sich in fünf „Phasen“²⁰ einteilen, welche jedoch keineswegs mit den oben vorgestellten Achsen korrespondieren oder gar damit gleichzusetzen sind. Auf die Eröffnungsphase folgen vier am therapeutischen Inhalt des Gesprächs orientierte „Phasen“: eine „Phase der Ermittlung von Beziehungsepisoden“, eine weitere, die sich der „Ermittlung des Selbsterlebens und der erlebten wie faktischen Lebensbereiche“ widmet, eine Phase zur „Ermittlung des Objekterlebens und der erlebten wie faktischen Lebensgestaltung“ sowie eine letzte, in der „Psychotherapiemotivation, Behandlungsvoraussetzungen [und] Einsichtsfähigkeit“ des Patienten geklärt werden. Es handelt sich um eine Phaseneinteilung, die aus psychotherapeutischer Perspektive vorgenommen wurde und deren Kriterien sich gegenüber einer sprachwissenschaftlichen Einteilung an der psychotherapeutischen Praxis orientieren. Daher wird im OPD-Manual auch die aus linguistischer Sicht prinzipiell in jedem Gespräch vorhandene (siehe hierzu Brinker/Sager 2010, S. 91), wenn auch möglicherweise kurz ausfallende Beendigungsphase nicht aufgeführt. Es ist zwar durch den institutionell vorgegebenen Zeitrahmen in Therapiegesprächen nur bedingt nötig, eigens Anstrengungen zur Gesprächsbeendigung zu unternehmen, wie es in alltäglichen, nicht-institutionellen Gesprächen in der Regel der Fall ist. Die im psychotherapeutischen Rahmen beidseitig akzeptierte asymmetrische Rollenverteilung mit dem Therapeuten als anerkanntem ‘Gesprächsleiter’ ermöglicht eine Beendigung des Gesprächs ohne große Komplikationen: Der Therapeut weiß, wann alle wichtigen Punkte besprochen sind, beziehungsweise das Zeitlimit erreicht ist und leitet dann normalerweise auch ohne weitere Schritte direkt das Gesprächsende ein. Aber auch wenn sich eine derartige Phase so gesehen als weitgehend irrelevant für die inhaltliche Seite des OPD-Gesprächs erweist, ist das Vorhandensein einer Beendigungsphase für eine linguistische Untersuchung wie diese unbedingt festzuhalten. Zudem kann diese Phase im Hinblick auf die oft darin enthaltenen metalinguistischen, das Gespräch als Gespräch reflektierenden Sequenzen von Interesse sein. Auch für die laut OPD-Manual letzte – und linguistisch gesehen vorletzte – Phase, die mit „Psychotherapiemotivation, Behandlungsvoraussetzungen, Einsichtsfähigkeit“ beschrieben wird, gelten besondere metakommunikative Implikationen, welche ein OPD-Gespräch wesentlich von anderen Gesprächstypen mit medizinisch-therapeutischem Hintergrund abheben: Hier fallen die Kooperation im Sinne des linguistischen Begriffs für sprachliche Zusammenarbeit und das in physisch-medizinischen Kontexten zugrunde gelegte umfassend interaktionale, beziehungsweise handlungstheoretische Kooperationsverständnis im Sinne konkreter physischer Handlungen und Verhaltensweisen zusammen. Wenn der Patient in einer Therapieform, deren Wirkung sich über Sprache vollzieht, nicht sowohl von seiner mentalen Einstellung her als auch in seinem sprachlichen Verhalten kooperiert, kann Psychotherapie nicht erfolgreich stattfinden. Daher steht in OPD-Gesprächen an der Stelle, an der in Arzt-Patient-Gesprächen eine eher unidirektional orientierte Mitteilung der vom Arzt gestellten Diagnose und gegebenenfalls auch Handlungsempfehlungen erfolgen, vielmehr eine gemeinsame und prospektiv auf die folgende Therapie ausgerichtete Festlegung der Ziele, an denen gearbeitet werden soll. Eine aktive Mitarbeit hieran muss in starkem Maße vom Patienten

²⁰ Der Begriff ‘Phase’ wird hier in Anführungszeichen gesetzt um deutlich zu machen, dass es sich hier um einen von den Autoren des Arbeitskreises OPD verwendeten Begriff handelt, welcher von dem linguistischen Begriff der (Gesprächs-) Phase konzeptuell abweicht.

ausgehen. Von dessen motivationalen Voraussetzungen und dessen Einsichtsfähigkeit hängt es ab, ob die Arbeit an einem psychischen Problem sinnvoll angegangen werden kann.

Zuletzt sollen noch einige besonders für die hier vorzunehmende sprachwissenschaftliche Analyse zentrale Eigenschaften von OPD-Gesprächen zusammengefasst werden: Es handelt sich um ein Erstgespräch. Hierbei gestaltet sich das Verhalten auf Seite des Therapeuten in vielerlei Hinsicht anders als zu späteren Zeitpunkten ‘mitten im Prozess’ einer Therapie, die über längere Zeit fortgeführt wird. Auch die Schwerpunktsetzung ist dabei eine andere. Während die Diagnose bei OPD-Gesprächen im Vordergrund steht, wird das interaktive Arbeiten mit problematischem Material vorerst zurückgestellt und kommt allenfalls am Rande, sofern es sich im Rahmen der Diagnose anbietet, vor. Ein psychotherapeutisches Erstgespräch dient aber nicht nur zur Diagnosestellung allein, sondern erfüllt auch die wichtige Aufgabe, dem Therapeuten und Patienten die Gelegenheit zum gegenseitigen Kennenlernen zu geben. In einem OPD-Gespräch wird also nicht nur eine fachliche Meinung gebildet, sondern es wird gleichzeitig zum Raum für die Konstitution einer sozialen Beziehung. Es dient insbesondere auch dazu, herauszufinden, ob ein Therapeut und ein Patient angesichts ihrer individuellen Voraussetzungen gut miteinander arbeiten können. Dies schließt die Möglichkeit der Einmaligkeit dieser dyadischen Gesprächskonstellation ein, wenn der Patient sich nämlich entschließt, die Therapie nicht mit diesem Therapeuten fortzusetzen, weil er die Zusammenarbeit im Gespräch als wenig erfolgversprechend oder anderweitig dysfunktional empfindet.²¹ Dass es sich um ein Erstgespräch handelt, bedeutet für das Handeln des Therapeuten also immer auch, dass er nur einen Teil der vollen Bandbreite verbaler therapeutischer Instrumente und Strategien nutzen kann. Ein Grund hierfür ist die eben genannte Möglichkeit, dass die in einer bestimmten Konstellation begonnene Therapie unter Umständen nicht fortgesetzt wird und es bei dem Diagnosegespräch bleibt. Unter Umständen liegt also die weitere Arbeit an den Konflikten und Störungen des Patienten nicht mehr in der Verantwortung des Therapeuten, wohl aber mögliche, durch sein therapeutisches Eingreifen mit verursachte und insgesamt schwer berechenbare Konsequenzen der beim Patienten angestoßenen Umstrukturierungsprozesse wie beispielsweise Unsicherheit oder erhöhte emotionale Instabilität. Deswegen, und auch weil das Vertrauensverhältnis zwischen Therapeut und Patient noch nicht hinreichend gefestigt ist, muss der Therapeut besonders behutsam vorgehen. Er muss auf die Anwendung von vorerst zu gewagten verbalen Strategien wie beispielsweise Konfrontation weitgehend verzichten oder gegebenenfalls Vorsichtsmaßnahmen anwenden, um Einsatzversuche solcher Strategien zumindest unter Kontrolle zu halten. Abgesehen hiervon gibt es einen weiteren Grund für die Eingeschränktheit des Therapeuten in der Nutzung seines verbalen therapeutischen Repertoires, welcher mit der konzeptuellen Planung einer Therapie zusammenhängt. Vom Aufbau her ist ein Therapiemodell, in dem mit Eingangsdiagnostik gearbeitet wird, folgendermaßen gedacht: Zu Beginn wird eine Grundlage geschaffen, und erst im Anschluss, wenn der Patient dafür hinreichend ‘verstanden ist’, wird mit der therapeutischen Kernarbeit begonnen. Ein allzu frühzeitiger Einsatz verbaler Strategien wie etwa der des Deutens wäre von daher nicht nur aus Gründen der Vorsicht wenig sinnvoll, sondern auch wenig effizient. Gesprächstherapeutische Instrumente, die auf der Grundlage eines post-diagnostischen Verständnisses der psychischen Struktur des Patienten wesentlich passender eingesetzt werden können, blieben bei einem solchen Einsatz hinter ihrer möglichen Wirkung zurück.

²¹ Prinzipiell kann natürlich auch der komplementäre Fall eintreten, dass der Therapeut sich aus fachlichen, beziehungsweise therapiepraktischen Gründen gegen die Zusammenarbeit mit einem bestimmten Patienten entscheidet.

1.3 Fragen

Die Frage ist ein sowohl dem Alltagsverständnis als auch der Sprachwissenschaft zugängliches und dabei für beide grundlegendes Konzept. Aufgrund der Vielfalt an Erscheinungsformen und Einsatzmöglichkeiten scheint die Frage als sprachliche Form zunächst nur schwer begrifflich fassbar zu sein. Dies liegt daran, dass Fragen in einem Spannungsfeld zwischen grammatischen und pragmatischen Bestimmungen sind. ‘Dazwischen’ liegt schließlich auch noch die prosodische Ebene, die Berührungspunkte mit beiden Seiten, der grammatisch-formalen sowie auch der gebrauchspraktischen Seite von Fragen hat.²² Zunächst wird jedoch vereinfachend von der Beobachtung einer formalen und einer kommunikativ-interaktionalistisch eingebetteten Seite von Fragen ausgegangen. Es gibt zwar überzeugende Theorien wie etwa die *Construction Grammar* (vgl. Auer 2013, S. 38), die besagen, dass Gebrauch und Form eng zusammenhängen und sich in gegenseitiger Abhängigkeit entwickeln. Die Annahme einer solchen Dichotomie kann aber dennoch eine nützliche Abstrahierung zum Zweck der präzisieren terminologischen Handhabung von Phänomenen sein. Daher ist gleich zu Beginn eine wichtige Unterscheidung zwischen Fragen im grammatischen Sinne und Fragen im kommunikativen Sinne einzuführen, auf die später noch zurückzukommen sein wird.²³ Beides ist für das später folgende Analysevorhaben wichtig, aber in je unterschiedlicher Hinsicht: Die grammatische Unterscheidung wird hier mehr als Hilfsmittel zur klassifikatorischen Bestimmung der kommunikativen Fragen, um die es in dieser Untersuchung eigentlich geht, herangezogen. Außerdem kann die Erfassung einschlägiger formaler Merkmale anhand grammatischer Kriterien bei der Auswahl von Fragen, die für die Analyse besonders ergiebig sind, helfen. Für sich allein sind grammatische Merkmale in einer pragmatischen Untersuchung wie dieser wenig aussagekräftig, sie können aber durchaus als Indikator für verschiedene Arten kommunikativer Markiertheit dienen. Um die Frage als sprachliches Phänomen verorten und ihr volles Potenzial verstehen zu können, sollen zunächst einige grundlegende allgemeine Betrachtungen erfolgen, bevor der Fokus immer weiter in Richtung konkreter kommunikativer Verwendung von Fragen im Gespräch einzuengen sein wird.

Fragen resultieren aus einer geistigen Suchhaltung und lenken unsere Aufmerksamkeit auf bestimmte Informationsdefizite (Köller 2004, S. 660). Das Stellen von Fragen ist eine elementare anthropologische Fähigkeit, die wesentlich an der Entwicklung von Kultur im weitesten Sinne beteiligt ist. Das kognitive Potenzial von Fragen lässt sich nach Köller folgendermaßen beschreiben:

Im Prinzip sind Fragen als Ausdrucksformen geistiger Beweglichkeit anzusehen, weil durch sie konkrete Wahrnehmungsbedingungen und Wahrnehmungsinhalte transzendiert werden. Fragen leiten hypothetische Vorstellungsprozesse ein, die eine immanente Tendenz haben, in Selbstreflexionsprozesse überzugehen. Fragen helfen uns, Wissensdefizite zu lokalisieren, Wissensbedürfnisse zu thematisieren, Interessen für Ursachen und Funktionen zu artikulieren, Bezüge zur Vergangenheit sowie Zukunft herzustellen und Kommunikationsgemeinschaften zu Kooperationsgemeinschaften zu machen. [...] Fragen setzen einerseits immer Erfahrungen voraus, sie sind andererseits aber auch dazu bestimmt, neue Erfahrungen zu ermöglichen, weil sie einen Wechsel von Sehpunkten und Wahrnehmungsperspektiven beinhalten. (ebd., S. 662)

²² Zwar werden „für natürliche Dialoge feste syntaktische Funktionen der Intonation bezweifelt“ (Schwitalla 2006, S. 68), es bestehen also keine zu den grammatischen Regeln und Kategorien der Schriftsprache analogen formal standardisierten Intonationskontur-Muster. Dennoch kann man von einem gewissen Einfluss von Fragesatzarten auf den Intonationsverlauf ausgehen (ebd.). Auf diese Problematik kann aber im Rahmen dieser Arbeit nicht eigens eingegangen werden.

²³ Demgemäß soll im Folgenden auch zwischen den Begriffen ‘Frageform’ zur Bezeichnung formal-syntaktischer, beziehungsweise struktureller Kategorien von Fragen einerseits und dem Begriff ‘Fragetyp’ zur Bezeichnung unterschiedlicher pragmatisch-funktionaler Einteilungen von Fragen andererseits unterschieden werden. Beispielsweise wäre hiernach eine Verberststellungsfrage eine bestimmte Frageform, während eine Aufforderungsfrage einen möglichen Fall eines Fragetyps darstellt.

Derartige Überlegungen können natürlich nur eine erste grobe Annäherung an das, was Fragen ausmacht, sein. Es zeichnet sich aber bereits hier eine aktivierende Wirkung von Fragen ab – zunächst im allgemein kognitiven Sinne von Informations- und Wissensorganisation; ein Verständnis, das sich aber auf spezifische Gebrauchssituationen von Fragen ausweiten lässt. Einen Schritt weiter in Richtung der praktischen Verwendung von Fragen geht Rombach (1988). In einer philosophisch ausgerichteten Arbeit stellt er drei heuristische Grundthesen (ebd., S. 11) über die Frage auf, die auch für eine linguistisch motivierte Untersuchung gewinnbringend sein können: „Die Frage erscheint immer als *Fragesatz*“ (ebd.). Ihr Wesen ist es, im Sinne einer Funktion für die Urteilsbildung dienlich zu sein, und sie ist stets auf Gegenstände gerichtet (vgl. ebd.). Auch wenn diese drei Thesen zu kurz greifen, wie in Rombachs anschließenden Bemerkungen deutlich wird, geben sie einige strukturelle Grundzüge der Frage wieder. Ebenso stellt er aber klar, dass sich keine feste, apriorisch gegebene Grundstruktur ausmachen lässt, welche für alle Fragen gleichermaßen gilt. Hier ist erneut auf die situative, oder, in sprachwissenschaftlichen Termini genauer ausgedrückt, interaktionalistisch-pragmatische Einbettung einer Frage zu verweisen. Hierdurch erhält eine Frage auch ihre Richtung, welche im Falle mehrerer, kategorial verschiedener Interpretations- und damit auch Antwortmöglichkeiten nahelegt, worauf die Frage hinaus will (vgl. ebd., S. 16). Damit wäre ein erster phänomenologischer Eindruck von der kognitiven Grundstruktur des Fragens gewonnen.

Wodurch aber heben sich Fragen vom umgebenden Text ab, was macht sie als solche erkennbar? Anhand welcher Merkmale unterscheiden sie sich von anderen Satz- beziehungsweise Äußerungsformen? Um dies zu klären, bietet sich eine morphosyntaktische Herangehensweise an. Es werden drei Frageformen unterschieden: W-Fragen, Verberststellungsfragen (folgend abgekürzt als V1-Fragen) sowie Deklarativsatzfragen (siehe auch Spranz-Fogasy 2010, S. 48ff.). Letztere Frageform, die nicht wie W- und V1-Fragen allein schon an ihrer syntaktischen Struktur erkennbar ist, sondern das Hinzunehmen prosodischer und kontextueller Kriterien erfordert (vgl. ebd.), soll in den folgenden Ausführungen nicht weiter beachtet werden.²⁴ W-Fragen und V1-Fragen sind „schon von ihrer äußeren Form her – dem einleitenden W-Wort bzw. der Verb-Erststellung – vom Gesprächspartner von Beginn an als Frage erkennbar“ und „erleichtern damit dem Gesprächspartner das Verstehen der Sprachhandlungsqualität bereits mit Beginn ihrer Realisierung“ (ebd., S. 49). Ein Unterschied besteht hingegen in ihrer strukturellen Anlage bezüglich der Offenheit: W-Fragen werden auch als Ergänzungsfragen bezeichnet, da sie ihrer Tendenz nach immer offen sind – wenn auch durch die Vorgabe einer kategorialen Ausrichtung des W-Worts nicht komplett offen. Köller spricht hier auch von Vorperspektivierung (Köller 2004, S. 665). Einen Sonderstatus nehmen allerdings Wie-Fragen und Warum-Fragen ein, bei denen „die ins Auge gefassten Informationslücken nicht so klar abgrenzbar sind wie bei anderen Ergänzungsfragen“ (ebd., S. 666). V1-Fragen gelten im Gegensatz zu W-Fragen als geschlossen, da die von ihr erzeugte Antwortoption auf Ja/Nein-Antworten „mit präferierter Zustimmungsoption entsprechend der positiven oder negativen Polarität“ (Spranz-Fogasy 2010, S. 50) eingeschränkt ist.

Eine zu diesem syntaktisch basierten Vorgehen alternative Einteilung nimmt Köller (2004) vor. Darin finden sich die Grundzüge der eben vorgestellten Einteilung teilweise wieder; Köllers Vorgehen dabei ist jedoch mehr an pragmatischen Gesichtspunkten orientiert und erfolgt in zwei Schritten: Zunächst bildet er die beiden Überkategorien „Fragetypen“²⁵ (ebd.,

²⁴ Später im methodischen Teil (Kap. 3, insbesondere 3.3) dieser Arbeit wird noch genauer zu erläutern sein, warum Deklarativsatzfragen in der vorliegenden Untersuchung nicht berücksichtigt werden.

²⁵ Es ist zu beachten, dass die Verwendung dieses Begriffs bei Köller nicht mit der für diese Arbeit festgelegten Definition übereinstimmt (siehe Fußnote 19 weiter oben). Daher soll der Begriff überall dort, wo er im Sinne Köllers verwendet wird, folglich mit Anführungszeichen gesondert markiert werden.

S. 664f.) und „Funktionsvarianten“ (ebd., S. 668f.). Auf die Funktionsvarianten soll hier nicht näher eingegangen und stattdessen auf die noch folgenden Abschnitte zur kommunikativ-pragmatischen Bestimmung von Fragen verwiesen werden. Bei den von Köller so bezeichneten „Fragetypen“ findet sich aber neben der Ergänzungs- und Entscheidungsfrage noch eine weitere wichtige formale Spielart von Fragen, nämlich die Alternativfrage²⁶ (ebd., S. 668). Ähnlich wie die Wie- und Warum-Fragen unter den W-Fragen nimmt auch die Alternativfrage unter den V1-Fragen eine Sonderstellung ein. Alternativfragen sind wie alle V1-Fragen geschlossen, jedoch auf andere Art. Sie stellen den am stärksten präsuppositionsgeladenen Fall einer Frage dar. Denn sie suggerieren, dass zumindest eine der beiden mit der Frage vorgebrachten Propositionen wahr ist, beziehungsweise Gültigkeit hat. Dadurch üben sie eine noch stärkere Kontrolle auf den Befragten aus, welcher sich kaum über seine Antwortverpflichtung hinwegsetzen kann. Diese besteht im Fall einer Alternativfrage darin, eine der Alternativen auszuwählen und zu bestätigen. Der Frage auszuweichen, beziehungsweise sich über sie hinwegzusetzen (vgl. ebd.) ist hier am schwierigsten. Dies kann der Fragende auch bewusst strategisch nutzen: Möchte er eine positive Antwort auf eine V1-Frage erhalten, so genügt es mittels einer Alternativfragekonstruktion die Antwortmöglichkeiten so vorzustrukturieren, dass die andere Antwortalternative für den Befragten auf keinen Fall eine Option darstellt. Daher ist der Umgang mit Alternativfragen auch mit einer großen Verantwortung seitens des Fragenden verbunden.

Eine weitere, wiederum andere Unterscheidung, die schließlich noch stärker die von einer Frage projizierte Antwort einbezieht und damit bereits von der grammatisch-formalen zur kommunikativen Seite von Fragen überleitet, nimmt Spranz-Fogasy (2005) vor. Es ist eine Unterscheidung, die bei der Gegebenheit eines Wissensgefälles in spezifischen professionellen Interaktionskontexten – in diesem Fall in medizinischen Interviewsituationen – ansetzt (Spranz-Fogasy 2005, S. 35f.) und daher sehr nahe an die Frage als kommunikatives Phänomen, wie es auch in der vorliegenden Arbeit relevant wird, herankommt. Spranz-Fogasy geht von zwei grundsätzlichen Optionen, die dem Arzt offenstehen, aus, nämlich einem entweder patientenangeleiteten oder wissensgeleiteten Vorgehen (ebd., S. 36f.). Diesen beiden Optionen entsprechend wird zwischen Präzisierungsfragen und Komplettierungsfragen unterschieden (ebd., S. 37-42). Während Präzisierungsfragen durch direkte Bezugnahme auf der Ebene des Patienten bleiben und diesem eine weitgehend selbstbestimmte genauere sprachliche Ausarbeitung des erfragten Gegenstands ermöglichen, weisen Komplettierungsfragen eine erheblich schwächere Patienten-Orientierung im Sinne des *recipient design* auf. Hier wird stattdessen auf eine für den Patienten intransparente Weise ohne einen die Motivation der Frage erklärenden oder überleitenden Vorlauf etwas noch nicht vom Patienten Angesprochenes erfragt, was mitunter so wirken kann, als würden ‘harte Fakten’ (ebd., S. 40) abgefragt. Dies liegt daran, dass der Patient das fachliche Wissen des Arztes nicht teilt. Er kann aber zumindest auf sprachlicher Ebene dennoch in den ärztlichen Explorationsprozess miteinbezogen werden, wie die Präzisierungsfragen zeigen. Zwar sind Komplettierungsfragen an bestimmten Stellen nötig für die ärztliche Analyse- und Diagnosearbeit und ermöglichen zudem einen effizienten Ablauf. Auf der anderen Seite lassen sie jedoch eine für die spezifisch fachliche ärztliche Verstehensarbeit wichtige Ressource ungenutzt, was diese Effizienz zumindest teilweise in Frage stellt: nämlich den unmittelbaren Zugang und die damit einhergehende Fülle an ‘direkt erlebter Information’, die der Patient über seine Symptome und damit über die empirisch beobachtbaren Aspekte seiner Krankheit besitzt.²⁷ Mit Komplettierungsfragen verzichtet der

²⁶ Zur Verwendung von Alternativfragen in medizinischen Kontexten siehe Spranz-Fogasy (2005, S. 43f.).

²⁷ Spranz-Fogasy (2010, S. 45) spricht hier von epistemisch-autoritativem Wissen. Eine interessante Beobachtung zu dieser „notion that the clients, not therapists, are experts on their own experience“ macht auch MacMartin (2008, S. 96).

Arzt zugunsten seiner durch kategorial organisiertes Fachwissen und möglicherweise auch von einem manualartigen Fragekatalog her motivierten gezielten Exploration darauf, an dieser zunächst eher schwach kategorial strukturierten, subjektiven aber dabei doch ‘unmittelbaren Informationsfülle’ des Patienten, der stets ‘näher dran ist’, teilzuhaben. Agiert der Arzt in seinem Fragen allzu direktiv, so ist davon auszugehen, dass der Patient sich in der Regel diesem Vorgehen unterordnen wird und folglich seine Bereitschaft, von sich aus weitere als wichtig erachtete thematische Punkte mit einzubringen, abnimmt.

Wo solche Fragen hier aber – soweit soll hier der später noch ausführlicheren Behandlung von Fragen als psychotherapeutischer Gesprächstechnik (siehe Kapitel 2.4) schon einmal vorausgegriffen werden – vorwiegend indirekte, den professionellen ärztlichen Urteilsbildungsprozess be- aber nicht verhindernde Auswirkungen auf den Behandlungserfolg haben, wären sie in psychotherapeutischen Gesprächen nur in spezifischen Situationen wünschenswert, in anderen sogar kontraproduktiv. Denn anders als in einem Arzt-Patient-Gespräch im Kontext einer somatischen Behandlung,²⁸ in welchem der verbale Austausch scheinbar nur mittelbar, als Instrument zum Informationsaustausch mit dem Ziel der Bildung fachlicher Urteile, eine Rolle spielt, ist die in der Psychotherapie stattfindende verbale Interaktion selbst Teil der Behandlung, ja, sogar des Heilungsprozesses. Würde der Therapeut zu sehr mit Komplettierungsfragen arbeiten, wäre aus klinischer Perspektive wahrscheinlich nicht genügend „Raum“, so dass sich die diagnostisch wichtigen interaktionellen Muster im Kontext von Übertragung und Gegenübertragung nicht wieder-inszenieren könnten (vgl. Lutz et al. 2010, S. 126, 129ff.). Und da die Konstitution und Performanz der innertherapeutischen Beziehung wesentlich sprachlich getragen ist, kann sich Verhalten auf der Ebene der verbalen Interaktion direkt auf die Ebene der Beziehungsarbeit auswirken (zu den verschiedenen Ebenen und ihrem Zusammenhang siehe auch Deppermann 2008a, S. 9f.). Zudem führt die Notwendigkeit der Entwicklung und Etablierung einer langfristigen kooperativen Gesprächsdynamik, ohne die Psychotherapie nicht stattfinden kann, zu einem sehr vorsichtigen Gebrauch allzu offensichtlicher Komplettierungsfragen.

Nach diesem kurzen Exkurs in professionelle Handlungsfelder soll der Blick jedoch wieder zurück zu den grundlegenden kommunikativen Eigenschaften von Fragen gelenkt werden. Wie steht es um die gesprächsstrukturellen Implikationen der Frage als kommunikatives Phänomen? Pragmatisch gesehen ist die Frage dadurch eine Frage, dass sie eine Antwort konditionell relevant setzt. Erst durch die in jedem Fall strukturell projizierte Antwort, unabhängig davon, ob eine solche realisiert wird oder nicht, erhält die Frage ihre Bestimmung. Frage und Antwort bedingen einander also gegenseitig: Eine Frage kann nicht gestellt werden, ohne dass die Antwort zumindest gedacht wird. Und eine Antwort unterscheidet sich dadurch von anderen Aussagesätzen, dass sie von der Frage sozusagen eingefordert wurde und in der Regel eine bestimmte von der Frage gesetzte Informations- oder Wissenslücke teilweise oder auch ganz ausfüllt. Es handelt sich demnach um den prototypischen Fall eines *adjacency pairs*, wie in der Sprachwissenschaft solche Sequenzpaare genannt werden, die zwei zusammenhängende Beiträge (*turns*) – jeweils ein initiiertes und ein respondierendes Element – umfassen. Im Gegensatz zu affirmativen Aussagesätzen bauen Fragen eine sequenzlogisch gesehen verhältnismäßig starke Erwartungshaltung in Bezug auf die projizierte Folgeäußerung auf – eben gerade weil eine Frage die Antwort konditionell relevant setzt und damit sozusagen ‘einfordert’. Fragen zeichnet also eine enge strukturelle Zusammengehörigkeit der beiden sie konsti-

²⁸ Selbstverständlich gibt es auch Psychotherapie, die von Fachärztinnen und Fachärzten durchgeführt wird, im deutschen Versorgungssystem üblicherweise nach Abschluss des Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, oder auch des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie.

tuierenden Elemente aus, im Gegensatz zu anderen ebenfalls konditionell relevanten Sequenzpaaren wie beispielsweise *Einladung – Zusage/Absage*. Eine wichtige Rolle bei der linguistischen Betrachtung jeglicher Art von Sequenzen – und insbesondere bei Frage-Antwort-Sequenzen – spielt auch das an die konditionelle Relevanz gebundene Konzept der Präferenzorganisation (vgl. Stukenbrock 2013, S. 233ff.; Schwitalla 2006, S. 174). Der erste Teil einer Frage-Antwort-Sequenz fordert den zweiten nicht nur ein, sondern strukturiert diesen auch vor, indem er bestimmte Antwortmöglichkeiten präferiert und andere dispräferiert setzt. Dabei geht es nicht um persönliche Vorlieben, sondern um strukturelle handlungslogische Erwartungen im Hinblick auf mögliche Folgeaktionen. Während präferierte Antwortreaktionen im Sinne der Präferenz für Handlungs- und Darstellungsprogressivität (vgl. Deppermann 2008b, S. 232) umstandslos vollzogen werden, sind dispräferierte Antworten meist durch entsprechende Markierungen versehen. Ein Beispiel hierfür sind Pausen: „Zeitliche Verzögerungen des Einsatzes der eigenen Rede spielen eine wichtige Rolle, um unangenehme Themen oder dispräferierte Antwortzüge gesichtsschonend vorzubringen [...]“ (Schwitalla 2006, S. 76). Für medizinische Handlungsfelder spricht Heritage (2010, S. 52) in Verbindung mit der Präferenzorganisation auch von einem „*principle of optimization*“:

This principle embodies the notion that, unless there is some specific reason not to do so, medical questioning should be designed to allow patients to confirm optimistically framed beliefs and expectations about themselves and their circumstances. It is for this reason that patients are more frequently asked questions that grammatically prefer positive outcomes. [...] Optimization is a default feature of medical questioning: Unless the physician has reason to believe something to the contrary, a question should be optimized. (ebd., S. 52f.)

Dass dies möglich ist, hängt mit der in physisch-medizinischen Kontexten geltenden – oder zumindest von den Interaktionsteilnehmern angenommenen²⁹ – Dichotomie zwischen dem ‘Kommunikationsinstrument’ Sprache und dem physischen Behandlungsgegenstand zusammen. Da aber in der Psychotherapie diese Dichotomie aufgehoben ist (siehe auch 1.1.1), ist fraglich, inwiefern auch hier ein solches Prinzip der ‘Optimierung’ gelten kann, beziehungsweise ob dieses nicht vielmehr stellenweise zu therapeutischen Zwecken suspendiert werden muss. Denn einige der einschlägigen therapeutischen Gesprächstechniken bestehen eben gerade darin, den Patienten gezielt mit unangenehmen ‘Tatsachen’, beziehungsweise problematischen Einsichten zu konfrontieren (siehe auch 2.1 und 4.2).

Neben der sequenzlogischen Handlungsstruktur weisen Fragen auch bestimmte inhaltslogische Eigenschaften auf. Um sich diesen systematisch zu nähern bietet sich das Konzept der Präsupposition an. Wie viele syntaktische Konstruktionen (siehe Levinson 2000, S. 197-201) sind auch Fragen oft mit Hintergrundannahmen behaftet, welche in der Äußerung eines Fragesatzes stillschweigend ‘mittransportiert’ werden. Auf die Präsuppositionseigenschaften von Alternativfragen wurde bereits weiter oben eingegangen, sodass nun noch Entscheidungsfragen und W-Fragen zur Betrachtung ausstehen.

Die von Levinson als „Ja/Nein-Fragen“ bezeichneten Entscheidungsfragen „haben normalerweise leere Präsuppositionen, nämlich die Disjunktion ihrer möglichen Antworten“ (ebd., S. 201). Dies bedeutet schlicht gesagt, dass der sprichwörtlich in Frage gestellte Sachverhalt nicht zugleich wahr und falsch sein kann. Was zunächst als völlig ‘natürlicher’ Fall einer

²⁹ Diese Einschränkung ist deshalb zu machen, weil streng genommen auch physisch-medizinische Gespräche nicht vom Einfluss psychosomatischer Wirkprozesse ausgenommen sind. Das verbale Verhalten des Arztes kann, über die Aktivierung bestimmter mentaler Aktivitäten vermittelt, durchaus auch Einfluss auf körperliche Zustände und Vorgänge des Patienten nehmen. Dies kann soweit führen, dass eine positive Einschätzung des Patientenzustandes durch den Arzt zusätzliche, die physische Heilung fördernde mentale Ressourcen im Patienten aktiviert, aber auch umgekehrt.

schlicht unumgänglichen grundlegenden sprachstrukturellen Logik erscheint, kann aber im konkreten Sprachgebrauch eine Tücke mit sich bringen: Dadurch, dass etwas so dargestellt wird, als ob es entweder wahr oder falsch sein muss, wird eine diesen Sachverhalt relativierende Beantwortung erschwert.

Mit W-Fragen verhält es sich wiederum anders. Die Präsuppositionen von W-Fragen lassen sich Levinson zufolge ermitteln, „indem man das Fragewort durch die passende existenziell quantifizierte Variable ersetzt, beispielsweise *wer* durch *jemand*, *wo* durch *irgendwo* oder *wie* durch *irgendwie*“ (ebd., S. 201). Außerdem bleiben sie, anders als die Präsuppositionen von Entscheidungsfragen, bei Negation nicht erhalten (ebd.). Wenn beispielsweise jemand gefragt wird *Wann hat denn deine Geburtstagsfeier stattgefunden?* wird damit vorausgesetzt, dass eine solche stattgefunden hat und zudem, dass diese zu einem bestimmten, definier- und nennbaren Zeitpunkt angesetzt war. Die Präsupposition von W-Fragen lässt sich also genau genommen in zwei Teile aufspalten: einmal in die Existenz beziehungsweise Gültigkeit des Gegenstandes oder Sachverhalts, über dessen Umstände³⁰ Aufschluss gewonnen werden soll, und zum anderen in die Definierbarkeit dieser Umstände selbst. Existierte der in der Frage benannte Gegenstand nicht, so wäre es sinnlos, diesen mit einem W-Fragewort genauer qualifizieren zu wollen; und ließen sich die mit dem W-Wort erfragten Umstände nicht auf irgendeine Weise näher bestimmen, so hätte das Stellen der Frage selbst keinen Sinn. W-Fragen sind also durch eine Kombination zweier kategorial unterschiedlicher Präsuppositionen gekennzeichnet, denen eine Rangordnung zugrunde liegt: Damit die durch die W-Frage hinzukommende Präsupposition überhaupt erst in Kraft treten kann, muss zunächst einmal der Redegegenstand Gültigkeit haben. Eine solche Kombination führt in der kommunikativen Verwendung dazu, dass durch die primäre Fokussierung des kategorialen, im W-Wort qualifizierten Aspekts eine Verhandlung der Existenz beziehungsweise Gültigkeit des Gegenstands oder Sachverhalts ‘übergangen’ wird. Auch diese Eigenschaft von W-Fragen kann strategisch eingesetzt werden, worauf aber hier nicht im Einzelnen eingegangen werden soll. Außerdem sind auch noch, wie auch schon weiter oben mit Verweis auf Köller (2004, S. 666) bemerkt, Feindifferenzierungen zwischen den verschiedenen möglichen W-Fragerichtungen nötig. Dabei muss insbesondere Wie-, Warum- und Wozu-Fragen Sonderstatus eingeräumt werden: Insofern diese Fragearten einen im Verhältnis zu anderen W-Fragen ungleich weiten und komplexen Antwortraum eröffnen, unterstellen sie dem zur Antwort Verpflichteten auch eine nochmals erhöhte Antwortkompetenz im Vergleich zu anderen W-Fragen, die ihrerseits dem Befragten schon mehr zutrauen als V1-Fragen – oder aber sie wollen diesen herausfordern. Dies kann insbesondere in pädagogischen Fragestrategien der Fall sein. Überlegungen zu solchen pädagogischen Fragestrategien werden später in 2.4 noch folgen.

Spranz-Fogasy (2010) geht nach einer anderen Art vor, Präsuppositionen bei Fragen ausfindig zu machen, die auf der Ebene des Verstehens angesiedelt ist. Da Fragen in der gesprochenen Sprache immer auch Teil interaktiver Sequenzen sind, in denen laufend Wissens- und Verstehensmanagement stattfindet, zeigen sie im Gespräch reziproke Verständniszuschreibungen an (vgl. ebd., S. 53ff.). Hier verhält sich das Präsuppositions-niveau – also das, was als verstanden (voraus)gesetzt wird – genau umgekehrt zu dem, was auf der Ebene der Sachverhaltskonstitution als existent, beziehungsweise gültig gesetzt wird: V1-Fragen kommt ein höheres Präsuppositions-niveau zu als W-Fragen, da sie neben dem Redegegenstand selbst auch seine kategorialen Strukturen als verstanden behandeln (ebd., S. 54), W-Fragen hingegen nur den Redegegenstand (ebd., S. 53). Denn mit dem Gesprächspartner die Existenz, beziehungsweise Gültigkeit eines Redegegenstands zu verhandeln ist nur möglich, wenn ein hinreichendes Verständnis dieses Gegenstands vorausgesetzt wird.

³⁰ Spranz-Fogasy spricht hier von kategorialen Aspekten. Siehe Spranz-Fogasy (2010, S. 53ff.).

Um diese Betrachtungen abzurunden, wird zuletzt noch ein kurzer Blick auf die anthropologische, beziehungsweise ‘zwischenmenschliche’ Dimension von Fragen geworfen, aus der sich auch Ansatzpunkte für eine gesprächsanalytische Bestimmung von Fragen hinsichtlich der Ebene der Beziehungskonstitution ergeben können. Mit dem Stellen einer Frage werden der Fragende und der Befragte in ein bestimmtes kognitives wie auch kommunikatives Verhältnis gesetzt:

Aus einer bestimmten Situation heraus findet sich der Mensch zur Frage veranlaßt und richtet sie an den begegnenden Mitmenschen, um von ihm Aufschluss über eine Sache zu erhalten. Ich zeige fragend an, daß mir etwas unbekannt ist, und erhebe zugleich den Anspruch, daß mir die fehlende Kenntnis mitgeteilt wird. [...] Mit der Frage wird der *Befragte* angesprochen auf etwas hin. Dies aber nicht so, daß er selbst mit in Rede steht, vielmehr geht die Frage über ihn hinweg auf die Sache und auf sie allein. So scheint es. Aber gerade im Zugehen auf die Sache rückt der Befragte in den Vordergrund. Er ist derjenige, der diese Sache kennt, weiß, versteht. Darin muß er erkannt sein, bevor die Frage sich an ihn richtet. Die Einsicht in seine Kenntnis, in sein Wissen und Verstehen, ist das notwendige Fundament, auf dem eine Anfrage erst möglich wird. Der Befragte muß einem Anspruch, der in der Frage liegt, genügen. Die Frage hat ihn gleichsam schon mitgedacht. [...] Der andere wird auf ein situationsgebundenes Mitsein hin angesprochen. (Rombach 1988, S. 15)

Und nicht nur der Befragte, sondern auch der Fragende wird allein schon durch das bloße Stellen der Frage zu einem näher Bestimmten. Hierzu soll abermals Rombach zitiert werden, welcher ebendiese ‘Selbstoffenbarung’ auf Seiten des Fragenden folgendermaßen beschreibt:

Auch der *Fragende* selbst bleibt nicht »außerhalb« der Frage stehen. Auch er erscheint in einer bestimmten Weise in ihr. Denn *was* er erfragt [sic!], ist nicht im Prinzip und an sich fragwürdig (so bestände ja gar nicht die Aussicht auf Beantwortung), sondern die Ungewißheit besteht nur für ihn und in ihm. Fragend deckt er sich in dieser Unwissenheit auf. Er bringt *sich* in der Frage vor. So sind beide, Fragender und Befragter, in einer vorerst noch nicht näher bestimmten Weise in der Frage enthalten. (ebd., S. 16)

Der Fragende gibt also etwas von sich selbst preis, indem er sein ganz bestimmtes Interesse oder seine etwas ganz Bestimmte verlangende Redeaufforderung in der Frage zum Ausdruck bringt. Was Rombach hier ganz allgemein für Kommunikation an sich beschreibt, lässt sich genauso für real stattfindende sprachliche Interaktion heranziehen. Insbesondere – um einen Aspekt herauszugreifen – das Anzeigen und Zuschreiben von Verstehen setzt den Fragenden und den Befragten in ein Verhältnis gegenseitiger Öffnung³¹ zueinander. Wer sein Verstehen oder gerade auch Verstehen-Wollen von gemeinsam geteilten, aber nicht für beide Gesprächspartner gleichermaßen zugänglichen Gesprächsgegenständen anzeigt, ‘bietet’ dieses Verstehen(-Wollen) sozusagen ‘an’, er ‘stellt’ es – und damit auch einen Anteil an den eigenen Gedanken und dem eigenen Erleben – ‘zur Verfügung’. Und wo sich ein Verstehensinteresse mittels einer Frage sogar auf den Kommunikationspartner selbst richtet, kommt es nochmals zu einer weitergehenden intersubjektiven Verschränkung der individuellen subjektiven Sphären. Wer fragend sein Interesse an einer Eigenschaft oder an einem Teil des diesem zugänglichen Wissens zeigt, eröffnet eine besondere Art von Antwortraum – nämlich einen, innerhalb dessen er verpflichtet ist, Verstehensanstrengungen zu leisten, die immer auch eine Beteiligung an der subjektiven Sphäre des anderen erfordern.

³¹ Gemeint ist hier in erster Linie eine Öffnung, die sich auf den kognitiv-mental Bereich der Gesprächsteilnehmer, insofern sie als personale Individuen an der Interaktion beteiligt sind, bezieht.

2. Die Bedeutung elizitierender Gesprächspraktiken

In diesem Kapitel wird es besonders zu Beginn darum gehen, besser zu verstehen, welche Aufgaben professionell handelnde Therapeuten als solche haben und wie sie diese umsetzen. Es werden zu diesem Zweck nicht zuletzt auch einige therapietheoretische Konzepte, die nicht oder zumindest nicht direkt mit der linguistischen Sichtweise in Zusammenklang stehen, angerissen. Dafür soll sich später im Analyseteil dieser Arbeit der Blick ganz auf die sprachlichen Eigenschaften von Therapiegesprächen konzentrieren und den „professional stoc[k] of interactional knowledge“ (vgl. Peräkylä et al. 2008, S. 23) ausblenden.

Eine wesentliche Aufgabe der Psychotherapie ist es, den Patienten ‘zum Reden zu bringen’. Dies kann unterschiedlich motiviert sein. Zum einen ist der Therapeut darauf angewiesen, dass der Patient ihm genügend verbales Material bereitstellt, aus dem er die für seine Diagnostik wichtigen Informationen gewinnen kann. Zum anderen sollen die Patienten auch, weitgehend unabhängig von der Informationsvermittlungsfunktion von Sprache, zur Selbstexploration und zum Verbalisieren innerer Erlebnisgehalte angeregt werden. Hierzu setzen Therapeuten bestimmte Techniken ein, die sich sprachlich-interaktional gesehen in bestimmten Praktiken äußern. Die Verwaltung und der Einsatz solcher Techniken gehen dabei über bloße Gesprächsmoderation hinaus. Therapeuten müssen ihre verbalen Stimuli passend setzen. Angesichts der psychischen Situation des Patienten, welche auch die Gesprächssituation in erhöhtem Maße heikel macht, müssen sie umsichtig vorgehen. Sie müssen zwischen Schaden und Nutzen der möglichen Konsequenzen ihrer Handlungen abwägen und mögliche Risiken kalkulieren. Wie sie dafür bestimmte sprachliche Handlungen ‘(therapie)technisch’ einsetzen, wird gleich exemplarisch an *formulations* (2.3) und Fragen (2.4) zu sehen sein. Diese beiden Praktiken werden aber nicht nur hinsichtlich ihrer elizitierenden Eigenschaften, sondern auch hinsichtlich ihrer allgemeinen Bedeutung für die psychotherapeutische Gesprächsführung vorgestellt. Zuerst wird aber in groben Zügen gezeigt, was – sofern bedeutsam für die nachfolgenden Untersuchungen – die Aufgabe des Therapeuten als professionell Handelndem ausmacht. Dazu ist es unumgänglich, auch die interaktionale Dynamik zwischen Therapeut und Patient in den Blick zu nehmen.

2.1 Professionelle Gesprächslenkung und Kooperation

Das Interesse der vorliegenden Arbeit gilt in erster Linie den professionell motivierten Handlungen des Therapeuten. Die sprachlichen Aktivitäten des Patienten werden dabei jedoch ebenso relevant, insofern diese wichtig für das Verständnis und die Wirkung jener ersteren sind – beispielsweise dadurch, dass sie Therapeutenhandlungen auslösen oder im Nachhinein ratifizieren. Gerade auch die Auswahl der später in dieser Untersuchung zur Analyse herangezogenen Gesprächsausschnitte geht zunächst von den Therapeutenhandlungen aus und betrachtet dann erst, in einem zweiten Schritt, den Zusammenhang mit den Patientenäußerungen, welche erstere einbetten, sowie auch die lokale Gesprächsumgebung an der jeweiligen Stelle. Daher tragen die nun folgenden Überlegungen dazu bei, zunächst einmal ein Verständnis dafür zu bekommen, was das professionelle Handeln des Therapeuten als solches ausmacht. Hierzu ist es unausweichlich, auch die Interaktionsstruktur des Gesprächstyps ‘Therapiegespräch’ mit einzubeziehen und zu fragen, wie sich in diesem pragmatischen Rahmen das Verhältnis zwischen Therapeut und Patient in deren verbaler Interaktion äußert, zugleich aber immer auch konstituiert.

Um Psychotherapie als solche zu legitimieren, muss sich ein Mehrwert dieser Gesprächsform gegenüber alltäglichen Gesprächen ausmachen lassen. Umso verwunderlicher mag es scheinen, dass es aus sprachwissenschaftlicher Perspektive gar keine konkreten Sprachhandlungen oder sprachliche Techniken gibt, die an sich therapeutisch sind – genauso wenig, wie es ein therapeutisches Sprechen an sich gibt:

The therapeutic function of any verbal or non-verbal practice, as the analysis evinces, emerges in the local, interactional context which is, in turn, embedded in the speech situation of the psychotherapy session encompassing the psychotherapist's and client's interactional agendas. (Pawelczyk 2011, S. 7)

Sprachliche Handlungen jeglicher Art werden also erst durch ihren Einsatz in der Therapie selbst zu therapeutischen Handlungen. Die eingesetzten sprachlichen Mittel und die daraus resultierenden Formen selbst führen zu keinem Unterschied gegenüber der Alltagskommunikation – wohl aber das beidseitige Wissen darum, dass der Therapeut diese Mittel gezielt strategisch einsetzt³². Was letztlich den Unterschied ausmacht, ist also das im Hintergrund ständig mitlaufende und zum Einsatz kommende professionelle Wissen des Therapeuten. Dies wird sich auch später im Analyseteil dieser Arbeit zeigen: Die Fragen, welche die Therapeuten stellen, sind formal und für sich allein genommen nicht weiter von Fragen, wie sie auch in jedem beliebigen Gespräch vorkommen könnten, zu unterscheiden. Erst ein Blick auf den lokalen wie auch gesamten Gesprächszusammenhang, die kontextuelle Einbettung und vor allem das Wissen um die therapeutische Zielsetzung der Gespräche offenbart ihren therapeutischen Charakter. Wie schon angedeutet ist hierbei von essenzieller Bedeutung, dass neben dem Therapeuten gerade auch der Patient die teilweise ‘banal’ erscheinenden Sprachhandlungen des Therapeuten als Handlungen mit therapeutischem Hintergrund wahrnimmt.³³ So wie es wichtig ist, dass der Patient Vertrauen in die professionellen Fähigkeiten des Therapeuten hat (siehe auch 1.1.1 sowie Konerding 2015, S. 234) ist es auch wichtig, dass er sich mit seinen eigenen Sprachhandlungen denen des Therapeuten gegenüber entsprechend verhält. Die im Rahmen dieser Untersuchung analysierten Gespräche zeigen, dass dies zumeist auch der Fall ist. Patienten verstehen also in der Regel, dass beispielsweise eine Frage nicht so sehr dazu dient, eine Information zu erhalten, sondern vielmehr eine indirekte Aufforderung zum Ausbauen einer von ihnen begonnenen narrativen Passage darstellt. Hierfür ist das Wissen des Patienten um die spezielle Art der kontextuellen Einbettung ausschlaggebend: Ähnlich wie in Dantos berühmten Beispiel der ‘Brillo Boxes’, demzufolge ein Museumsbesucher ein Objekt, das in einem Museum als Kunstwerk ausgestellt ist, anders wahrnimmt als er ein dem Kunstwerk physisch identisches Objekt im Vorbeigehen auf der Straße wahrnehmen würde, ist auch das gesamte psychotherapeutische Setting ausschlaggebend für die Art des Patienten, eine Sprechhandlung des Therapeuten zu interpretieren und darauf zu reagieren. Ein solches implizites Kontextwissen und vor allem auch Kontextbewusstsein auf Seiten der Patienten ist eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen einer Therapie: Der Patient muss grundsätzlich von der helfenden Absicht und den daran gebundenen professionellen Fähigkeiten des Therapeuten überzeugt sein, um gerade auch dessen strategische Verstöße gegen allgemeine, in nicht-therapeutischer Kommunikation geltende Normen richtig zu interpretieren. Beispielsweise können es, wie bei den Analyse des *exaggerating* in 4.3.4 zu sehen sein wird, Höflichkeitsmaximen sein, die der Therapeut stellenweise gezielt durchbricht, um einen bestimmten therapeutischen Zweck – hier etwa die ‘Herausforderung’ des Patienten – zu verfolgen.

³² Siehe etwa Beispiele zu therapeutisch intendierten Formulierungen, also dem bewussten Einsetzen spezifischer Wörter, Intonation usw., wie sie z.B. bei Wachtel (2011) und Sommers-Flanagan/Sommers-Flanagan (2015) beschrieben werden.

³³ Fonagy/Allison (2014) sprechen hier im therapeutischen Kontext u.a. von ostensiven Hinweisreizen, die mit dem entwicklungspsychologischen Konzept des *epistemic trust* zusammenhängen.

Eine erste Annäherung an eine konkrete Vorstellung von therapeutischem Handeln im Gespräch soll aus psychotherapeutischer beziehungsweise therapietheoretischer Sicht erfolgen. Wenn auch, wie weiter oben bemerkt wurde, sprachliche Formen nicht per se therapeutisch sein können, so gibt es, was den psychologischen Hintergrund von Therapiegesprächen anbelangt, doch Konzepte, mit denen sich zumindest annähernd erfassen lässt, was professionelle psychotherapeutische Gesprächsführung als solche ausmacht. Hier ist zum Beispiel das Konzept der sogenannten *Therapeutic Conditions* (Sachse 1999, S. 28-40) zu nennen. Diese können als eine Art ‘Konversationsmaximen’ für den Therapeuten betrachtet werden, die jedoch im Unterschied zum Grice’schen Konzept, das beschreibt, wie Kooperation funktioniert (vgl. Linke/Nussbaumer/Portmann 2004, S. 222ff.), eindeutig normativ gemeint sind. Der Therapeut soll sich, wie es aus der Zusammenstellung Sachsens (ebd.) hervorgeht, beispielsweise ‘echt’ verhalten und sich seinen eigenen Gefühlen und Gedanken gegenüber nicht sperren („Kongruenz“); auch soll er den Patienten wertschätzen und diesem mit einem unvoreingenommenen Interesse für seine Person begegnen; schließlich soll er sich auch noch um empathisches Verstehen des Patienten bemühen.

Nach diesem kurzen Einblick soll nun wieder zu einer sprachwissenschaftlich-deskriptiven Perspektive zurückgekehrt werden. Zunächst kann ganz allgemein von „a more fix order of talk in the design and distribution of turns“ (Peräkylä et al. 2008, S. 17), wie sie für institutionalisierte Gespräche mit asymmetrischer Rollenverteilung üblich ist, ausgegangen werden. Im Folgenden gilt es, diese eigenen sich konstituierenden Ordnungsstrukturen in Verbindung mit der Aufgabenstellung psychotherapeutischer Gespräche näher zu fassen. Eines der vorrangigen Ziele ist es, den Patienten zum Reden zu animieren. Zu diesem Zweck muss der Therapeut in der Lage sein, im Verlauf des Therapiegesprächs immer wieder auf sein eigenes Rederecht zu verzichten – besonders an Stellen, an denen er ein Redebedürfnis des Patienten oder auch einen therapiebedingten Bedarf nach Redefreiheit beziehungsweise Rederaum für den Patienten erkennt. Es wird akzeptiert, dass der Patient einen großen Redeanteil hat; der Therapeut auf der anderen ‘Seite’ dieser Gesprächssituation ist dabei gehalten, über das in Alltagsgesprächen konventionell gewöhnliche Maß hinaus geduldig zuzuhören und auf einen Großteil seiner eigenen Gelegenheiten zum Ergreifen des Rederechts zu verzichten, beziehungsweise dieses auch dann abzugeben, wenn er es ohne Weiteres behalten könnte. Aber auch der Patient muss – idealerweise – „Äußerungen wie die »Deutung«, die ihn über sein eigenes Erleben und dessen Hintergründe aufklären, [...] akzeptieren (Scarvaglieri 2013, S. 62). Dass Patienten bestimmte inhaltliche Eingriffe in ihren persönlichen Bereich und zugleich auch Eingriffe in ihren Redebereich akzeptieren, lässt sich zunächst noch mit der Rollenverteilung in solchen Gesprächen erklären: Der Patient erkennt den Therapeuten als Autorität an; etwas allgemeiner ließe sich auch sagen, der Patient ‘vertraut’ sich letzterem insofern, als dieser ihm als anerkannter Experte gilt, zu einem gewissen Grad ‘an’. Das oben zuerst genannte Charakteristikum der Einräumung eines erweiterten Rederechts, das dem Patienten vom Therapeuten gewährt wird, lässt sich jedoch damit nicht erklären. Um diese und andere Eigenheiten verbaler psychotherapeutischer Interaktion zu verstehen bietet sich vielmehr das Konzept Ehlichs (zitiert nach Scarvaglieri 2013) an: „Ehlich (1990) spricht in diesem Zusammenhang davon, dass die im Alltag gültige »Kooperativität erster Stufe« suspendiert wird zugunsten einer »Kooperativität zweiter Stufe«“ (Scarvaglieri 2013, S. 62). Eine etwas aktuellere und weitergehend differenzierte Perspektive auf die Bildung einer kooperativ-produktiven Interaktionsdynamik zwischen Patienten und Therapeuten stellt Konerding (2015) dar:

Im Rahmen der aktuellen Forschung wird zwischen zwei zentralen Aspekten der Allianz unterschieden: zwischen *Affiliation* und *Alignment*. *Affiliation* und *Alignment* betreffen zwei tragende Qualitäten der interpersonalen Beziehung, in der Patient und Therapeut sich zueinander befinden

können: *Alignment* kennzeichnet die beiderseitige Bereitschaft und Intention zur sachlich thematisch bestimmten Kooperation, zum willentlichen Verfolgen und kooperativen Bearbeiten eines geteilten Zieles. *Affiliation* hingegen kennzeichnet eine grundlegendere Qualität: die emotionale Konsonanz und vertrauensgetragene Beziehung und Bindung zwischen Kooperationspartnern, bzw., hier thematisch, zwischen Patient und Therapeut [...]. (ebd., S. 234)³⁴

Das hierin beschriebene Konzept der Allianz ergänzt Ehlichs Konzept von Kooperativität, indem es erklärt, wie diese besondere Art von Kooperativität zustande kommt, oder vielmehr worauf diese sich, nach verschiedenen Ebenen differenziert, gründet. Auf diese Konzepte von Kooperation und Allianz wird auch später nochmals zurückzukommen sein.

Zu der für Psychotherapie speziellen Art von Kooperation gehört auch, dass der Therapeut sich nicht nur in der Nutzung seines Rederechts zurückhält, sondern ebenso auf der Ebene der Sachverhaltskonstitution beziehungsweise in der Themenwahl seine eigene Person weitgehend zurücknimmt oder sogar ganz 'herausnimmt'. Insbesondere in Diagnosegesprächen, aber auch in Therapiegesprächen insgesamt ist es – nicht zuletzt aufgrund des begrenzten Zeitrahmens – wichtig, dass möglichst viel Raum für die sprachliche Entfaltung der 'Geschichte' und der Erlebnisse des Patienten zur Verfügung steht. Dieser Raum muss vom Therapeuten aktiv geschaffen werden: Zum einen muss er durchweg als 'aktiver Zuhörer' am Gespräch beteiligt sein; zum anderen muss er seine eigenen Gesprächsbeiträge so nutzen, dass der Patient sie als Motivation zu eigenen Anschlusshandlungen³⁵ wahrnimmt. Es geht jedoch nicht darum, den Patienten irgendwie 'um jeden Preis' zum Reden zu bringen. Der Therapeut muss den Redefluss des Patienten zusätzlich so lenken und kontrollieren, dass daraus therapeutisch relevantes Material hervorgeht. Teilweise unterliegt der Redefluss des Patienten jedoch auch schon einer gewissen Selbstregulation, da die Patienten – vorausgesetzt, sie verhalten sich kooperativ³⁶ – zumeist auch schon ein ungefähres Wissen darüber besitzen, was in einem therapeutischen Gespräch sinnvoll und zielführend zu sagen ist und was nicht. Vor allem wissen sie, wie sie am besten sprechen sollten. Beispielsweise ist ihnen in der Regel bewusst, dass es unangebracht oder zumindest nicht förderlich für den eigenen Therapieerfolg ist, den Therapeuten nach dessen eigenen biografischen Erlebnissen zu fragen oder Smalltalk über Klatschthemen zu beginnen, sodass die Patienten sich normalerweise schon von sich aus bemühen, therapieirrelevante Themen oder auch unangemessene, den Therapieprozess behindernde Sprechweisen zu vermeiden.

Was die therapeutische Gesprächsführung außerdem einzigartig macht, ist ein vorsichtiges, behutsames Vorgehen; der Therapeut muss auf die Belastung des Patienten Rücksicht nehmen und nach Möglichkeit destruktive innere oder interpersonelle Prozesse des Patienten begrenzen. Mit der Notwendigkeit eines behutsamen therapeutenseitigen Vorgehens hängt auch eine

³⁴ Dies ist ähnlich dem Konzept der therapeutischen Arbeitsbeziehung, welches sich neben der emotionalen Verbindung von Patient und Therapeut aus Übereinstimmung über Ziele und jeweilige Aufgaben zusammensetzt (Horvath et al. 2011) und interpersonell zudem Aspekte von Co-Regulation und Internalisierung von Beziehungsfiguren umfasst (Ehrenthal/Grande 2014).

³⁵ Diese Anschlusshandlungen müssen nicht notwendigerweise in sprachlichen Beiträgen bestehen, sondern können auch innerliche Prozesse oder eine Kombination aus mentalen und sprachlichen Prozessen umfassen.

³⁶ Die Kooperationsbereitschaft eines Patienten ist ein durchaus nicht zu vernachlässigender Einflussfaktor auf den Verlauf von Therapiegesprächen und für die vorliegende Untersuchung insofern von Bedeutung, dass eine dem Aufnahmeverfahren geschuldete Vorselektion stattfindet. Schließt die Menge verfügbarer wissenschaftlich verwertbarer Gesprächsdaten wie in diesem Fall ausschließlich Patienten mit ein, welche bereit sind, sich für eine Aufnahme zur Verfügung zu stellen, so ist dies problematisch. Es ist zu vermuten, dass eher Patienten einer solchen Aufnahme zustimmen, welche durch ein positives Erleben ihrer bisherigen Therapieerfahrungen eine insgesamt positive Grundeinstellung zum Therapieprozess und eine dementsprechend ebenso positive Kooperationshaltung aufweisen. Dadurch könnte auch die Aussagekraft im Hinblick auf deren Gesprächsverhalten leiden und ein leicht verzerrtes Bild von deren Kooperationsverhalten entstehen.

weitere zentrale Herausforderung für den Therapeuten zusammen: Er muss seine Fragen³⁷ – wie auch andere seiner sprachlichen Handlungen – zum richtigen Zeitpunkt in das Gespräch einbringen. Ähnlich dem Konzept der zuvor bereits kurz eingeführten ZPD muss sich der Therapeut im Verlauf der Therapie mit jedem seiner verbalen Eingriffe möglichst angemessen zur Entwicklung des Patienten verhalten:

Die grundlegende Aufgabe des Beraters/Therapeuten ist es danach, den Patienten – in einer für diesen als „sicher“ und vertrauenswürdig erfahrenen Beziehung – weder zu unterfordern noch zu überfordern, sondern ihn während seiner Entwicklung zunehmender Selbsterfahrung kleinschrittig in einer sich sukzessive verändernden „Zone der nächsten Entwicklung“ zu begleiten [...]. (Konerding 2015, S. 236)

Es kommt also entscheidend darauf an, dass er sich an dessen Entwicklungsverlauf ‘vorantastet’ ohne schon auf etwas vorzugreifen, was dem Patienten noch nicht zugänglich ist. Zugleich muss der Therapeut aber auch darauf achten, nicht auf zuvor versäumte Eingriffe oder bereits irrelevant gewordene, da abgeschlossene Themenbereiche ‘zurückzufallen’ und dadurch den Fortschritt des Gesprächs oder der Therapie aufzuhalten. Es ist sozusagen ein Spannungsfeld zwischen Zugzwängen, wie sie allgemein für Interaktion gelten, und besonderen therapeutischen Ansprüchen, in dem sich das Handeln von Therapeuten behaupten muss. Ein weiteres Gegengewicht zu der ‘Vorsichtsmaxime’ stellen spezifische therapeutische Praktiken wie etwa die der Konfrontation oder der ‘Herausforderung’ (*challenge*) dar. Der Therapeut geht nicht ausnahmslos vorsichtig vor, sondern durchbricht auf der anderen Seite gerade auch das Vorsichts-Schema zugunsten übergeordneter therapeutischer Ziele. Gerade der Einsatz dieser Art von Handlungspraktiken erfordert aber eine sichere Fähigkeit auf Seiten der Therapeuten, zu erkennen, an welchen Stellen ein solches vorübergehendes Suspendieren normalerweise geltender Höflichkeitsmaximen (siehe hierzu auch Brown/Levinson 1987) im Sinne einer ‘Kooperativität zweiter Stufe’ (siehe weiter oben) zu verantworten ist.

2.2 Therapeutische Handlungen

Was bisher noch fehlt, sind die sprachlichen Handlungen beziehungsweise Praktiken, in denen bestimmte therapeutische Techniken Ausdruck finden. Hinzu kommen schließlich auch noch einige sprachliche Muster und Handlungen, denen gar keine therapietheoretisch formulierte Technik zugrunde liegt. Es folgt nun ein kurzer Überblick aus sprachwissenschaftlicher Perspektive, der jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt, sondern vielmehr die wichtigsten solcher Praktiken erfasst. Vehviläinen et al. (2008, S. 190f.) nehmen auf der Grundlage ihrer Forschungsergebnisse eine systematische Klassifizierung von Handlungen in Psychotherapiegesprächen vor. Sie unterscheiden zwischen Patienten- und Therapeutenhandlungen. Letztere sind für diese Studie interessant und daher näher zu betrachten. Eine weitere Differenzierung der Therapeutenhandlungen erfolgt nach dem Gesichtspunkt ihrer sequenziell-handlungslogischen Position im Gespräch. Es werden zwei *initiating actions* und vier *recipient actions* aufgeführt. Als *initiating actions* gelten *optimistic questions* und die *follow-up question using zero-person* (ebd., S. 190). Zu den *recipient actions* zählen *lexical substitution*, *extension*, *formulation* und *reinterpretative statements* (ebd.). Die verschiedenen Fragearten bei den *initiating actions* können jedoch schlicht unter der grundlegenden Handlung ‘Frage’ zusammengefasst werden, wenn von bestimmten therapeutischen Orientierungen – wie hier beispielsweise der lösungsorientierten Therapie (vgl. MacMartin 2008, S. 81) – abgesehen wird. Unter den *recipient actions* wiederum kann die *lexical substitution* vernachlässigt wer-

³⁷ Rombach (1988, S. 35) spricht auch von der „Zeitigkeit“ von Fragen.

den, da diese Praktik vermutlich weniger als eigenständig, sondern mehr als eingebettet in andere therapeutenseitige Handlungen gewertet werden kann.

Scarvaglieri (2013) nimmt eine etwas andere Einteilung vor: Er unterscheidet zwischen Handlungen, die auf Alltagssprachlichen Praktiken beruhen und solchen, die speziell aus einem therapeutischen Kontext hervorgehen (ebd., S. 44). Auch er nennt Fragen und „Formulierungen“ (*formulations*), die er zur Kategorie Alltagssprachlich fundierter Therapeutenhandlungen zählt. Als spezifisch therapeutische Handlungen führt er hingegen ‘Deutungen’ und ‘Fokussierungen’ auf. Das, was er mit ‘Deutung’ bezeichnet, weist große Nähe zu den *re-interpretative statements* bei Vehviläinen et al. (2008) auf. Der Begriff ‘Deutung’ – oder auf Englisch *interpretation* – hat jedoch den Vorteil, nicht nur das ‘re-interpretative’ Moment, sondern den interpretativen beziehungsweise Deutungscharakter überhaupt zu erfassen, wodurch er besser zum Benennen einer übergeordneten Kategorie geeignet ist. Der Begriff der ‘Fokussierung’ aber, der ein therapietheoretisches Konzept verkörpert, ist aus linguistischer Sicht sehr vage. Die Funktion des Fokussierens, wie sie von Scarvaglieri (2013, S. 44f.) beschrieben wird, kann beispielsweise von nahezu jeder anderen Therapeutenhandlung ‘nebenbei mit erfüllt’ werden.

Für diese Arbeit soll weitgehend die Einteilung von Vehviläinen et al. (2008, siehe oben) übernommen werden. Diese wird allerdings dahingehend modifiziert, dass anstelle der *re-interpretative statements* von *interpretations* beziehungsweise Deutungen gesprochen wird. Zudem soll die ‘Frage’ zunächst als übergeordnete Bezeichnung für therapeutische Handlungen aufgenommen werden, wie es bei Scarvaglieri (2013) der Fall ist. Bestimmte funktionale Typen von Fragen können dann im Zuge der Analyse noch weiter herausgearbeitet und differenziert werden. Damit wäre also, in Anlehnung an Vehviläinen et al. (2008) und unter Berücksichtigung der soeben vorgeschlagenen Modifikationen ein Set von vier therapeutenseitigen Handlungen gegeben: *formulations*, Fragen, *extensions* und Deutungen (*interpretations*).³⁸ Die ersten beiden dieser Handlungen sollen folgend etwas näher betrachtet werden.

2.3 *Formulations* als psychotherapeutische Gesprächshandlung

Der Begriff *formulation* suggeriert auf den ersten Blick, dass es um eine ‘Formulierung’ geht. Diese Bezeichnung – sowohl im Englischen, als auch in der deutschen Übersetzung als ‘Formulierung’ – ist jedoch problematisch, da sie in der Linguistik eigentlich für ein spezifisches sprachliches Phänomen verwendet wird. Bilmes (2015) setzt sich mit dieser Begriffsproblematik auseinander, wenn er bemerkt:

[...] I am not talking about formulation in the sense proposed originally by Garfinkel and Sacks (1970) and adopted by various other conversation analysts [...]; that is, as a statement of the gist, meaning, or upshot of previous conversation. [...] What Garfinkel and Sacks are talking about is more properly called »reformulation«, because the previous conversation already consists of formulations. (ebd., S. 8)

Und auch Scarvaglieri (2013, S. 36) setzt sich von Garfinkel und Sacks ab, indem er vielmehr von einem „Reformulieren von etwas, was zuvor bereits sprachlich verhandelt wurde“ spricht. Um Konformität mit der verwendeten Literatur zu gewährleisten, wird in dieser Arbeit weiterhin der Begriff *formulation* verwendet, wobei aber stets die eben dargestellte Verwen-

³⁸ Für mehr Informationen zum Begriff der Deutung aus psychotherapeutischer Perspektive siehe Høglend/Gabbard (2012).

dungsweise dieses Begriffs in der Linguistik und damit einhergehende Implikationen mit zu bedenken sind.

Grundsätzlich können *formulations* in jeder Art von sprachlicher Interaktion vorkommen. Für diese Studie interessiert aber speziell ihr Einsatz in der Psychotherapie, weshalb andere Funktionen von *formulations* an dieser Stelle vernachlässigt werden können (für einen Überblick der allgemeinen Funktionen von *formulations* in institutioneller Kommunikation siehe beispielsweise Antaki 2008, S. 33f.). Weiste/Peräkylä (2015, S. 5) sprechen von *formulations* als „[p]erhaps the most actively researched facet of psychotherapy interaction“. In der linguistischen Forschung zu therapeutischer Kommunikation sind mit *formulations* Handlungen gemeint, „mit denen der Therapeut an Äußerungen des Patienten anschließt“ (Scarvaglieri 2013, S. 36). Antaki (2008, S. 33) macht „three specifically directive editorial features“ von *formulations* aus: „the formulator's claim to find the new description in the very words of the previous speaker; their transformation of those words, and the presumption that this new description is to be agreed with“ (ebd.). In Bezug auf diese insgesamt sinnvolle Beschreibung muss allerdings eine Einschränkung gemacht werden: Weiste/Peräkylä (2013) identifizieren mit *exaggerating formulations* (siehe auch 4.2) einen Typ von *formulations*, der ganz gezielt von der bei Antaki als dritte Eigenschaft beschriebenen Übereinstimmungs-Erwartung abweicht.

Formulations können in den Dienst verschiedener therapeutischer Aufgaben gestellt werden. Peräkylä et al. (2008, S. 21) beschreiben *formulations* als „one particular practice for the therapist to subtly redirect the client's understanding of his or her problems“. Unter anderem kann das „yes-expecting format“ (Antaki 2008, zitiert nach Scarvaglieri 2013, S. 39) für die therapeutische Arbeit nutzbar gemacht werden. Scarvaglieri zufolge können Therapeuten auf diese Weise mit *formulations* „den Eindruck, dass in der Therapie vordringlich der Patient das Thema und die Bewertung des Thematisierten vorgibt, aufrecht erhalten und gleichzeitig den Diskurs inhaltlich steuern und strukturieren“ (ebd., S. 37). So können *formulations* beispielsweise strategisch dahingehend verfeinert werden, dass sie – ähnlich wie MacMartin (2008) es für die therapeutische Strategie ‘optimistischer Fragen’ (*optimistic questions*) beschreibt – dazu genutzt werden, sprachlich ausgedrückte negative emotionale Bewertungen im Vorgängerbeitrag des Patienten mittels Reformulierung in eine positive, optimistische Perspektive umzuwandeln. Die verschiedenen möglichen Funktionen und Ausprägungsarten von *formulations* im Gespräch sind zahlreich. Zwei weitere beschreibt zum Beispiel Antaki:

Formulations can also be used to manage the *interactional progress* of the therapeutic interview (for example, by closing down certain avenues of talk), and as a means in *diagnosis and history-taking*, to cast the client's symptoms into a shape more suitable for later interpretative work. (Antaki 2008, S. 34)

Zudem können *formulations* mit anderen Therapeutenhandlungen zusammenwirken, diese vorbereiten, unterstützen oder auch nachbereiten. Daraus ergibt sich abermals eine Vielzahl weiterer Funktionen oder vielmehr Funktionsrollen von *formulations* in komplexen, über eine einzelne Handlung hinausgehenden Handlungsmustern. Auf eine Vorstellung all dieser Funktionsrollen, beziehungsweise der bereits erforschten unter ihnen, muss im Rahmen dieser Arbeit verzichtet werden; stellvertretend für Beschreibungsansätze dieser Art soll hier auf die Arbeit von Vehviläinen (2003) verwiesen werden. Eine wichtige übergreifende Funktion, die von Scarvaglieri sogar als „Hauptfunktion“ (ebd., S. 40f.) von *formulations* bezeichnet wird, ist schließlich noch zu nennen. Als weitgehenden Konsens in der Erforschung von *formulations* macht er deren Funktion aus, das vom Patienten eingebrachte Material in ‘therapeutisch geeignetes’ Material zu überführen (ebd.). Therapeuten gestalten demnach das vom Patienten

angebotene Material so um, dass es sinnvoll therapeutisch bearbeitet werden kann. Dazu wählen sie diejenigen Elemente aus der Patientenäußerung aus, die sie für besonders relevant halten und bereiten diese auf eine je nach therapeutischem Bedürfnis bestimmte Weise (siehe auch 4.2) sprachlich neu auf.

2.4 Fragen als psychotherapeutische Gesprächshandlung

Gleich zu Beginn der nun folgenden Überlegungen ist festzuhalten: Im Gegensatz zu dem prototypischen Modell eines Frage-Antwort *adjacency pairs* gestaltet sich das Fragen in psychotherapeutischer Kommunikation grundlegend anders. Denn die relevanten psychischen Phänomene lassen sich nicht wie beispielsweise physische Symptome im teilweise ähnlichen Fall eines Arzt-Patienten-Interviews ‘abfragen’. In der Psychotherapie geht es darum, einen Patienten als Menschen kennenzulernen, seine Persönlichkeit einschätzen zu können. Bisweilen veranschaulichen dies auch explizite Ankündigungen von Therapeuten gegenüber ihren Patienten, mit denen sie insbesondere zu Beginn eines Erstgesprächs den Rahmen des Gesprächs abstecken. Ein prägnantes Beispiel findet sich im Gespräch T3_1, in dem Therapeut in seinem ersten Beitrag zu Beginn des Gesprächs dem Patienten gegenüber erläutert: *das ziel von (.) dieser form von gespräch °hh (.) ähm gehts n bisschen darum °h ähm (.) n bessres verständnis für ihre beschwerden zu bekomm aber auch n bisschen dafür °h (.) wie so als mensch sind*. Um vom Patienten umfassendes sprachliches Material über seine Biografie und seine individuellen Anlagen erhalten zu können, muss diesem allerdings ein möglichst großer Freiraum zur Entfaltung seiner Rede, beziehungsweise Erzählung gegeben werden. Denn im Vergleich zu ‘handfesten’, relativ klar beobacht- und kategorisierbaren physischen Symptomen besteht die Komplexität psychischer Leiden gerade darin, dass sie mit einem ebenso wenig wohldefinierten wie einheitlich fassbaren Gesamtgefüge struktureller Anlagen und einem damit einhergehenden Komplex von Verhaltensmustern zu tun haben, welche an vielfältige alltagsweltliche Interaktionskontexte gebunden sind. Nicht zuletzt äußern sich diese gerade in der Rede des Patienten, welche selbst Teil der sich manifestierenden psychischen Problematiken ist: Die Art des Patienten zu reden kann aufschlussreich über Symptome und zugleich Symptom, beziehungsweise Problem selbst sein. Daher ist es insbesondere, aber nicht nur in psychodynamischen Psychotherapien geboten, den Patienten ‘gewähren zu lassen’: Er soll direkt performativ seine Art, beziehungsweise seine Fähigkeit zeigen, verschiedene Anliegen – insbesondere Konflikthafes – zu kommunizieren. Und auch in inhaltlicher Hinsicht soll der Patient die Möglichkeit haben, das Gespräch selbst auf von ihm als relevant erlebte Themen zu lenken. In diesem Sinne wäre ein allzu frageorientiertes Vorgehen seitens des Therapeuten regelrecht kontraproduktiv für die Therapiearbeit, da eine Frage auch immer schon einen Skopus setzt, wodurch die in unterschiedlicher Ausprägung vorhandene Neigung zu knappen, in alltäglicher Kommunikation auch durchaus ‘ökonomischen’³⁹ Antworten gefördert wird – bis hin zu einem im Laufe der Therapie ungewollt ‘antrainierten’ Antwortmuster, in das der Patient verfallen kann. Der durch die konditionelle Relevanz vorgegebenen Pflicht zu antworten kann sich der Patient auf verhältnismäßig schnelle und einfache Weise ‘entledigen’. Er hat immer auch die Option sich darauf zu beschränken, schlichtweg die Antworterwartung zu erfüllen, was sehr knapp ausfallen kann: So kann der Patient es, je nach Fragetyp, beispielsweise bei der Äußerung einer einzigen Antwortpartikel wie *ja* oder *nein* belassen, und ebenso kann er sich bei W-Fragen des Therapeuten wie beispielsweise *was hat das bei ihnen für n gefühl hervorgerufen in der situation* (siehe Transkriptausschnitt T3_1, [1] (00.22:41) in 4.3.2) darauf beschränken, in einer Antwort wie *ja_n schlechtes gefühl* (ebd.) lediglich die mit dem W-Wort geöffnete Leerstelle zu füllen.

³⁹ Der Begriff ‘ökonomisch’ ist hier im Sinne des Ökonomieprinzips von Sprache gemeint.

Insgesamt bemühen sich Therapeuten aus diesen Gründen, Fragen in offener Form – klassischerweise der W-Form – anzubringen (vgl. Scarvaglieri 2013, S. 44). Wo der Therapeut aber doch V1-Fragen einsetzt, muss hingegen der Patient die zusätzliche Anstrengung auf sich nehmen, die Frage dennoch richtig zu interpretieren. Sofern er die Erfordernisse dieses spezifischen pragmatischen Interaktionsrahmens erkennt und sich kooperativ auf diese einlässt, reagiert der Patient idealtypischer Weise mit einer entsprechenden Art von Beantwortung: Anstelle der erwartbaren eigentlichen Antwort auf die gestellte Frage in Form einer bejahenden oder verneinenden Antwortpartikel nimmt er die mittels einer Frage ‘transportierte’ Aufforderung zur narrativen Exploration eigener Emotionen und Erlebnisse als solche wahr und geht auf sie ein. Es gilt sozusagen eine implizit an den Patienten gerichtete pragmatische Erwartung, seine Antwort weit über den formal gesetzten Frageskopos hinaus auszudehnen. In der Regel verstehen die Patienten das elizitierende Moment auch, welches in therapeutischen Gesprächen auch sprachlichen Handlungen eigen ist, die in der Alltagskommunikation zum gerade entgegengesetzten Pol tendieren: Nämlich einen besonders effizienten, mit wenig Wortmaterial auskommenden Informationsaustausch zu ermöglichen. Ähnlich wie in Frage-Antwort-Sequenzen in Gesprächen zwischen Ärzten und Patienten, in welchen auf V1-Entscheidungsfragen oft nicht die in erster Linie erwartbaren Antwortpartikeln *ja/nein* allein folgen, sondern wo diese vielmehr eine noch folgende expandierte Antwort des Patienten einleiten (vgl. Spranz-Fogasy 2010, S. 90f.), verstehen auch Patienten in psychotherapeutischen Gesprächen solche Fragen als „Einladung zur Expansion“ (ebd., S. 91). Gerade in Therapiegesprächen fällt es den Patienten aus den oben genannten Gründen leicht, die Gelegenheit zur Expansion zu erkennen und davon Gebrauch zu machen. So folgen auch auf V1-Therapeutenfragen oftmals mit *ja* oder *nein* eingeleitete Patientenantworten, welche sich zwar zu Beginn noch „am literalen Sinn von Fragen orientieren“ (ebd., S. 90), jedoch unmittelbar Expansionen in Form eingehender Erklärungen oder Schilderungen anschließen. Dies veranschaulicht folgender Gesprächsausschnitt:

T3_1, [1] (00.17:52)

- | | | |
|---|---|--|
| 1 | T | erinnern sich noch an situationen von damals wo °h (0.44) ähm (0.49) an beispiele aus der zeit wo sie °h (0.26) irgendwie (0.4) das (.) mitbekommen hatten dass die mutter krank is |
| 2 | | (1.62) |
| 3 | P | mh:: ja also se (.) meine mutter ist so die (.) °h is eher so der kämpfertyp dass sie niemandem (.) zeigen will (.) wenn sie schmerzen hat [aber]°h ich hab des dann auch schon am (.) äh gesichtsausdruck oder so gesehn oder |
| 4 | T | [hm_hm] |

Der Patient leitet seine Antwort mit *ja also* (S3) ein; eine Wortverbindung, die zeigt, dass er sowohl den formalen V1-Charakter der Frage, als auch die Notwendigkeit zur Expansion seiner eigentlichen bejahenden Antwort auf die Frage erkennt. Mit der Partikel *also* kündigt er unmittelbar weitere Folgehandlungen an. Und auch der expandierte Antwortbeitrag in S3 insgesamt zeigt, wie der Patient markante Ausdrücke des Therapeuten wie *beispiele* (S1) dahingehend interpretiert, dass er aufgefordert ist, Ts Frage nicht nur zu negieren oder zu bestätigen, sondern auch konkrete Erlebnisse beziehungsweise Erinnerungen an Erlebnisse einzubringen und diese verbal auszugestalten. Interessant ist auch folgender Ausschnitt:

T3_1, [1] (00.32:14)

- | | | |
|---|---|---|
| 1 | T | ham sie irgendwie was ham sie dann gemacht? |
| 2 | | (0.25) |

- 3 P ja ich hab ihm oft ähm
4 (1.14)
5 P irgendwie genervt sag ich mal (.) wenn er fernseh geguckt hat
 oder zeitung gelesen hat °hh nicht in ruhe gelassen wenn er
 schlafen wollte nicht in ruhe gelassen

Hier beginnt der Therapeut seine Frage als V1-Frage, welche er jedoch nicht weiterverfolgt und stattdessen spontan zu einer W-Frage umformuliert. Der Patient geht hierauf in seiner Antwort ‘vollständig’ ein, indem er auf die oben beschriebene Art beide strukturellen Erwartungen erfüllt: Mit der Antwortpartikel *ja* (S3) und dem anschließenden *ich hab [...]* (ebd.) geht er sowohl auf den Entscheidungsfragecharakter des vom Therapeuten abgebrochenen Frageansatzes, als auch auf dessen schließlich endgültige W-Frage ein. Dies zeigt also, dass der Patient hier die strukturellen Implikationen dieser verschiedenen Frageformen durchaus beide wahrnimmt und entsprechend darauf reagiert, anstatt sich ausschließlich an das zuletzt gesetzte und damit ‘aktuellere’ strukturelle Muster der Antworterwartung einer W-Frage zu halten.

Es ist aber auch zu bedenken, dass der Anspruch einer therapeutischen Gesprächsführung, auch in diagnostischen Situationen, darin besteht, mehreren, mitunter in gegensätzliche Richtungen tendierenden Zielen gerecht zu werden. So sollen die Patienten einerseits gefordert, andererseits auch in ihrer oftmals besonders stark ausgeprägten Sensibilität oder sogar Labilität geschont werden. Ein therapeutisches Gespräch zu führen, bedeutet für den Therapeuten immer auch, sich in einem Spannungsfeld verschiedener fachlicher wie auch ethisch-moralischer Ansprüche zu bewegen. Weiter oben (1.1.1) wurde gezeigt, dass psychotherapeutische Kommunikation ein Fall intensiver Beziehungskommunikation ist. Nun hat Beziehungskommunikation es aber an sich, dass sie potenziell heikel und brisant ist: „Ihre Multidimensionalität und Bidirektionalität erfordert ein komplexes Management, das auch widersprüchliche Anforderungen balancierend ausgleichen muß [...]“ (Holly 2001, S. 1386). Fragen haben vor diesem Hintergrund zwei ‘Gesichter’: Einerseits sind sie ihrer Natur nach invasiv, sie dringen stets mehr oder weniger weit in die Sphäre des anderen vor. Zudem haben sie in der Regel fordernden Charakter, was mit dem Prinzip der konditionellen Relevanz zusammenhängt. Andererseits können beispielsweise V1-Fragen an ‘heiklen’ Stellen gerade auch ein Mittel für Therapeuten sein, um ihre Feststellungen oder Vermutungen in Bezug auf die Patienten weniger direkt auszudrücken und ihnen so Gelegenheit zur Korrektur zu geben oder vielmehr anzeigen, dass Korrekturen gegebenenfalls erwünscht sind. Auch können therapeutenseitige Fragen an schwierigen Stellen dazu dienen, Pausen zu überbrücken. Diese Beobachtung mag zunächst merkwürdig erscheinen, da Pausen in therapeutischen Gesprächen in der Regel weniger problematisch als in Alltagsgesprächen sind – die Teilnehmer sind sich mit dem Eintreten in das Gespräch bewusst, dass das Gespräch möglicherweise an problematische Stellen kommen wird, und es kann gerade auch als eines der besonderen therapeutischen ‘Angebote’⁴⁰ gelten, dass es dem Patienten erlaubt ist zu schweigen. Jedoch können auch speziell Sequenzen vorkommen, in denen der Patient zwischenzeitlich unterbricht, obwohl er gerne weiter reden möchte. Dies kann daran liegen, dass die vorerst noch in seinem prozeduralen Wissen verankerten Erlebnisgehalte schwer zu verbalisieren sind, oder dass Erinnerungen, nach denen zuvor gefragt wurde, weit zurückliegen und dadurch schwer zugänglich sind. An solchen Stellen kann der Therapeut mit Fragen auch helfend eingreifen, indem er mit der Frage explizit signalisiert, dass er die Pause des Patienten nicht als Hindernis wahrnimmt, diesen weiter sprechen zu lassen. Anstatt in die laufende Erzählung des Patienten selbst etwas einzufügen, kann er es dem Patienten beispielsweise mit dem Erfragen eines bestimmten Aspekts seiner Erzählung leichter machen, seine Rede fortzusetzen. Generell ist zu

⁴⁰ Zum Konzept der ‘Therapeutic Conditions’ siehe Sachse (1999, S. 28-40).

bedenken, dass aber nicht allein der Einsatz der sprachlichen Form ‘Frage’, sondern auch die individuelle Einstellung des Patienten zum erfragten Gegenstand, sowie auch insgesamt dessen Verfassung und Bereitschaft, über bestimmte Dinge zu sprechen, eine wichtige Rolle bei der Gestaltung der Antwort spielen. So sind der Einsatz und die Gestaltung von Fragen nicht die einzigen ausschlaggebenden Faktoren dafür, wie leicht es dem Patienten fällt, zu antworten und wie ausführlich, beziehungsweise wie elaboriert seine Antwort demnach ausfällt.

Fragen können in Therapiesprächen auch pädagogischen Charakter annehmen, ähnlich wie Schul- und Lehrfragen, über die Rombach schreibt:

Diese [Fragen] werden nicht gestellt, um dem Fragenden eine Kenntnis zu verschaffen, sondern um erst im Befragten die Kenntnis zu wecken und ausdrücklich zu machen. Dieses Wecken geschieht so, daß der Schüler dahin gebracht wird, die in ihm bereits vorhandene Kenntnis, die gewissermaßen noch nicht ihren angemessenen Ort hat, in der durch die Frage gewiesenen Richtung zu finden. (Rombach 1988, S. 18)

Der Psychotherapeut stellt für den Patienten eine Autorität dar, insofern er über Fähigkeiten verfügt, die einen Zugang zu den Problemen des Patienten ermöglichen, und auch insgesamt verfügt er über wertvolles psychologisches Wissen. Wenn sich ein Patient an einen Therapeuten wendet und sich sprichwörtlich in *Be-handlung* bei diesem begibt, sich also ‘in dessen Hände’ begibt, erkennt er diesen in der Regel zugleich als ‘epistemische Autorität’ an (vgl. Fonagy/Allison 2014). Der pädagogische Charakter, den Fragen annehmen können, ist in dem Sinne gemeint, dass diese oftmals als eine Anregung zum Nachdenken ausgesprochen werden, wobei der Therapeut die Antwort oder zumindest die möglichen Antwortoptionen auf seine eigene Frage bereits kennt und ihm somit mitgeteilt wird, was er nicht selbst weiß oder zumindest erahnen kann. Allerdings birgt die Antwort auf eine solche Frage durchaus eine Neuigkeit für den Therapeuten. Jedoch besteht die für diesen bisher nicht zugängliche ‘Information’ vielmehr in der besonderen Art von Verstehensdokumentation: Angesichts der zumindest in einer konfliktaufdeckenden Therapie zu erarbeitenden Bewusstmachung von Unbewusstem und weiteren Aufgaben, die mit der Kompetenz zur Verbalisierung zu tun haben, demonstriert der Patient in seiner Antwort sozusagen performativ, inwiefern er in der Lage ist, Problematisches auf eine sinnvolle, produktive Weise verbal aufzubereiten. Er gibt damit zu erkennen, ob er in der Lage ist, problematisches Material für sich selbst zu formulieren und damit weiterzuarbeiten. Damit gibt er zugleich zu erkennen, wie weit er zum jeweiligen Zeitpunkt der Therapie bereits in seinem ‘Lernprozess’ fortgeschritten ist – was beispielsweise für das Ermitteln der *zone of proximal development* (siehe 1.1.2) entscheidend ist. Das vorrangige Ziel solcher Fragen bleibt aber weiterhin die Aktivierung von – durch den Therapeuten in eine bestimmte Richtung gelenkten – Selbstexplorations- und Reflexionsprozessen beim Patienten.

Wie bereits in der Einleitung bemerkt wurde, gibt es bisher recht wenige Studien dazu, wie Fragen von Psychotherapeuten konkret eingesetzt werden und wie Patienten darauf reagieren. Zwei Beiträge, die sich diesem Gegenstand widmen, sollen in aller Kürze vorgestellt werden. Eine Studie stammt von MacMartin (2008), die sich speziell mit einer Therapierichtung, nämlich konstruktiv-lösungsorientierten Ansätzen (*constructive psychotherapy models*, vgl. ebd., S. 81), auseinandersetzt. MacMartin zeigt, wie Therapeuten die Präsuppositionseigenschaften von Fragen und ganz besonders von W-Fragen nutzen, um ihre Fragen optimistisch zu gestalten und damit die Patienten zu ebenso optimistischen Antworten zu bewegen. Sie untersucht an ihrem Korpus Antwortreaktionen von Patienten, die als *misaligned*, beziehungsweise auf der Beziehungsebene als *disaffiliating* betrachtet werden können und zeigt so,

wie Patienten trotz der Vorstrukturierung ihrer Antwort in der Frage die präferenzielle⁴¹ Antworterwartung, die damit einhergeht, unterwandern (ebd., S. 80f., 94ff.).

Pawelczyk (2011) beschäftigt sich im empirischen Untersuchungsteil ihrer Monografie „Talk as Therapy“ (siehe auch 1.1.2) mit einer Frageart, die sie *probing questions* nennt. Diese weisen – trotz der unterschiedlichen Kontexte ‘Psychotherapiegespräch’ auf der einen und ‘Arzt-Patient-Gespräch’ auf der anderen Seite – eine große konzeptuelle Nähe zu den Präzisionsfragen nach Spranz-Fogasy (2005; siehe auch weiter oben) auf: Beide sind erkennbar auf die vorausgehende Äußerung des Patienten bezogen und orientieren sich an dessen Perspektive. Pawelczyk beschreibt *probing questions* folgendermaßen:

The most direct strategy used by the therapists in attempting to access the personal framing of the client's statement is the question »what do you mean«. [...] Probes (or probing questions) are follow-up questions that help an interlocutor clarify or expand his/her initial answer [...]. There are numerous places in the clients' narratives that might pose difficulties for the therapist trying to grasp their personal significance for the clients. Moreover, these »veiled« words, phrases or even metaphors often disguise very intimate, private stories that the clients are able to convey at this point of their therapies only in an oblique manner. [...] It also happens that the therapist may have no doubts as to what the client specifically means by a certain phrase, yet he will still confront him/her about its significance. In this way, the client is being gradually instilled with the ability to be aware of the projected emotional states. (Pawelczyk 2011, S. 67)

Die am Ende dieses Zitats stehende Interpretation Pawelczyks in Bezug auf *probing questions* ist auch vor dem Hintergrund der weiter oben gemachten Beobachtungen interessant, weil auch hier wiederum eine Art pädagogischer Charakter des Fragens zum Ausdruck kommt.

3. Das methodische Vorgehen

3.1 Die Gesprächsanalyse in Abgrenzung zu alternativen sprachanalytischen Herangehensweisen

Das in dieser Arbeit gewählte Vorgehen ist ein gesprächsanalytisches, das als solches von andersartigen, wenn auch auf den ersten Blick ähnlichen sprachwissenschaftlichen Herangehensweisen abzugrenzen ist. Zunächst muss die etwas gröbere Unterscheidung der Gesprächsanalyse von der Diskursanalyse stattfinden. Im Anschluss daran gilt es, die feineren Unterschiede gegenüber der *conversation analysis* (auf Deutsch Konversationsanalyse), welche in der Tradition der englischsprachigen linguistischen Forschung steht, sowie gegenüber der interaktionalen Linguistik herauszuarbeiten.

Die Diskursanalyse geht, was die englischsprachige Linguistik anbelangt, auf die *Birmingham School of Discourse Analysis* zurück, (siehe Aijmer/Archer/Wichmann 2012, S. 62). Für den deutschsprachigen Bereich nennen Bluhm et al. (2000, S. 4-15) im Wesentlichen die kritische Diskursanalyse,⁴² die Heidelberger/Mannheimer Gruppe, die Düsseldorfer Schule sowie das Oldenburger Projekt. Gemeinsam ist all diesen Richtungen, dass sie eine über den einzelnen Text beziehungsweise das Gespräch hinausreichende Einheit im Blick hat, eben den Diskurs. Zwar werden auch hier empirische Sprach- und Gesprächsdaten herangezogen und ausgewertet. Doch während es in der Diskursanalyse darum geht, zu untersuchen, wie die verschiede-

⁴¹ Zum Konzept der Präferenzorganisation siehe auch Stukenbrock (2013, S. 233f.).

⁴² Im Englischen gibt es entsprechend den Ansatz der *Critical Discourse Analysis*. Siehe hierzu Waugh et al. (2013, S. 632f.).

nen Texte zusammenwirken und 'aufeinander reagieren' (vgl. auch ebd., S. 13), befasst sich die Gesprächsanalyse eingehend mit einzelnen Gesprächen. Überdies schließt die Diskursanalyse über mündliche Gespräche hinaus eine Vielzahl weiterer, in der Regel medial schriftliche Textsorten in den Bereich ihrer Untersuchungsgegenstände mit ein. Im Hinblick auf ein soziokulturelles Erkenntnisinteresse werden Sprachdaten zusammengestellt, die in Verbindung mit einem Überthema, etwa einem bestimmten historischen Ereignis oder einer gesellschaftlichen Entwicklung stehen. Dabei geht die Diskursanalyse korpusorientiert vor (ebd., S. 15ff.), wohingegen in der Gesprächsanalyse die Arbeit mit Korpora nur teilweise, für bestimmte Untersuchungszwecke eingesetzt wird.

Die Gesprächsanalyse selbst hat sich erst in den letzten Jahrzehnten langsam zu einer wohldefinierten, wenn auch methodisch nach wie vor in der Entwicklung befindlichen Disziplin herausgebildet (Deppermann 2008a, S. 7). Sie hat sich in erster Linie aus der Gesprochene-Sprache-Forschung (kurz: GS-Forschung) und der Ethnomethodologie, einer soziologischen Disziplin, entwickelt. Auch Impulse von Seiten der Sprechakttheorie spielen eine Rolle. Das Interesse der Gesprächsanalyse gilt der qualitativen Erfassung mündlichsprachlicher Phänomene; dabei geht sie interpretativ vor (vgl. ebd., S. 10). Anders als der Konversationsanalyse geht es der Gesprächsanalyse jedoch nicht nur um die „Rekonstruktion der in Gesprächen ablaufenden Prozesse der Bedeutungszuschreibung und Interpretation“ (Brinker/Sager 2010, S. 17), sondern auch um die „sprachlichen Einheiten und Strukturen“ (ebd.). Dementsprechend wird zwischen einer prozeduralen und einer strukturbezogenen Perspektive unterschieden (ebd., S. 19f.). Außerdem ist der Gesprächsanalyse ein besonderes Empirieverständnis eigen, insofern Hypothesen und Fragestellungen materialgestützt entwickelt werden (Deppermann 2008a, S. 10f.). Dabei begreift sie sich jedoch nicht als bloßes „Instrument, um soziale Interaktion [im Allgemeinen] zu verstehen“ (Stukenbrock 2013, S. 247), insofern die untersuchten Phänomene ihr als „Manifestation der interaktionalen Ordnung“ (ebd.) gelten, wie es etwa die Konversationsanalyse anstrebt. In diesem Punkt weist die Gesprächsanalyse größere Nähe zur interaktionalen Linguistik auf, mit welcher sie die Grundidee eines explizit linguistischen Ansatzes teilt. Ebenfalls ähnlich ist die Annahme, dass „Sprache und Handeln als untrennbar verbunden gelten“ (ebd.), dass also sprachliche Strukturen grundsätzlich in Interaktionsprozessen entstehen. Allerdings sind mit diesen Strukturen, an denen die interaktionale Linguistik orientiert ist, grammatische Strukturen gemeint: Anstelle der traditionellen, schriftsprachlich basierten Grammatiken oder auch der Generativen Grammatik wird hier nach alternativen Beschreibungs- und Modellierungsmöglichkeiten gesucht, welche die Sprachstruktur mit der Interaktionsstruktur in Zusammenhang bringen (ebd.). Der Gesprächsanalyse hingegen kommt es nicht so sehr darauf an, die Produktionsprozesse und -bedingungen insbesondere gesprochener Sprache heranzuziehen, um sprachliche Strukturen zu erklären. Ihr Fokus ist noch um einiges weiter: Sie versucht nicht nur, über interaktionale Zusammenhänge angemessener auf sprachliche Strukturen zuzugreifen, sondern sie hegt auch ein Interesse für die kontextuelle Einbettung selbst: Soziokulturelle Profile der Sprecher, institutionelle Rahmungen und ähnliche Kontextparameter gehören aus Sicht der Gesprächsanalyse zum Gespräch dazu und sind daher ebenso zu untersuchen und in die systematische Erfassung der ausmachbaren Strukturen und Prozesse mit aufzunehmen. Insgesamt zeichnet sich die Gesprächsanalyse dadurch aus, dass sie aufdecken und beschreiben will, wie von den Gesprächsteilnehmern anhand bestimmter Gesprächspraktiken unter Einsatz bestimmter kommunikativer Ressourcen eine Gesprächswirklichkeit konstituiert wird, welche sich dabei immer auch in ein Verhältnis zur außersprachlichen Wirklichkeit stellt (vgl. Deppermann 2008a, S. 9).

Bei all diesen Ansprüchen, aber auch Einschränkungen, die zur Gesprächsanalyse gehören, muss zuletzt auch noch betont werden, dass sich die vorliegende Untersuchung nur eines kleinen Teils dieses methodischen Instrumentariums bedient. Entsprechend ausschnittshaft sind die Betrachtungen der später vorzunehmenden Analyse. Ebenso wenig, wie das Spektrum potenzieller gesprächsanalytischer Interessen durch die interaktionalistisch-kontextuelle Einbettung weit ist, können im Rahmen einer Arbeit wie dieser alle potenziellen Aspekte einer umfassenden gesprächsanalytischen Erschließung psychotherapeutischer Gespräche berücksichtigt werden. Die Einführung in der wichtigsten psychotherapeutischen wie auch linguistischen Grundzüge des OPD-Formats in 1.2 dürfte eindrücklich gezeigt haben, wie viel Einfluss und was für vielfältige Implikationen allein schon das Zugrundeliegen eines bestimmten Gesprächsformats auf die sprachliche Interaktion der Beteiligten haben kann. Gerade wo es um eine so komplexe Interaktionsform geht, bei der die Gesprächsgestaltung an biografisch geprägte sprachlich-mentale Voraussetzungen des Patienten, die professionelle Sozialisierung des Therapeuten, an eventuell vorausgehende oder folgende Gespräche sowie an eine Vielzahl weiterer sprachlicher wie auch nichtsprachlicher Kontexte rückgebunden ist, muss zwangsläufig ein perspektivischer Zugang gewählt werden. Eine bestimmte gesprächsanalytische Fokussierung eignet sich zur Erhellung eines bestimmten Aspekts, der dann 'mosaikhaft' zu einer immer weiter fortschreitenden Komplettierung eines umfassenden Verständnisses der interessierenden sprachlichen Ereignisse beitragen kann. In der hier vorgenommenen Untersuchung wird daher versucht, die verschiedenen Faktoren der kontextuellen Einbettung, soweit sie für ein ausreichendes Verständnis des Analysematerials im Sinne der Fragestellung nötig sind, mit einzubeziehen, dabei jedoch diese aspektuale Orientierung nicht aus dem Blick zu verlieren. Alle anderen sprachlichen wie auch kontextuellen Aspekte beziehungsweise Interessensbereiche sind auf die Untersuchung der Funktion therapeutischer Fragehandlungen zuzuschneiden; ihre Behandlung kann als heuristisch beschrieben werden und ist der Fragestellung unterzuordnen.

3.2 Das Korpus

Das in dieser Arbeit verwendete Korpus setzt sich aus vier psychotherapeutischen Gesprächen mit jeweils unterschiedlichen Patienten zusammen, die von insgesamt drei verschiedenen Therapeuten geführt wurden. Die Dauer der Gespräche umfasst zusammengenommen 4h 54min 2s. Die Therapeuten sind alle männlich, während von den Patienten zwei männlich und zwei weiblich sind. Dass ein Therapeut dabei doppelt vorkommt, dürfte sich jedoch trotz der insgesamt kleinen Auswahl dyadischer Konstellationen, die in diesem Korpus zusammengestellt sind, kaum nachteilig auf die analytische Arbeit auswirken. Denn zum einen ist diese Untersuchung ohnehin ausschließlich qualitativ angelegt. Zum andern gleichen die verschiedenen Patienten dieses Unverhältnis wieder aus, zumal für die hier vorgenommene analytische Arbeit vor allem die sich in jeder dyadischen Konstellation individuell anders herausbildende Gesprächsdynamik zählt. Ein Therapeut kann nicht jedem Patienten die gleiche Art von Fragen stellen, sondern muss sich auf den Patienten einstellen. Es wurde aber versucht, bei der Auswahl der zitierten Beispielausschnitte aus den Transkripten, soweit dies möglich ist, eine ausgeglichene Berücksichtigung aller vier Gespräche zu gewährleisten.

Es handelt sich um psychotherapeutische Diagnosegespräche, die nach den Richtlinien von OPD-2 geführt wurden. Die vorliegenden Gespräche wurden eigens zu Forschungszwecken geführt, Hintergrund waren zwei Studien zur Wirksamkeit stationärer und teilstationärer Psychotherapie bei Menschen mit depressiven Erkrankungen (siehe Dinger et al. 2014, 2015; Franz et al. 2015). Therapeuten und authentische Versuchspersonen, die vorher im Sinne

ethisch-rechtlicher Vorgaben über die Aufnahmesituation und den allgemeinen Hintergrund des Forschungsinteresses und über die Rahmenbedingungen der späteren wissenschaftlichen Verwendung der Gesprächsaufzeichnungen aufgeklärt wurden, treffen eigens für das Führen und die Aufnahme dieser Therapiesprache aufeinander. Zu den Gesprächen im Einzelnen:

T1_3

Der 37 Jahre alte Patient litt unter einer „Double Depression“, also einer Kombination von majorer Depression und Dysthymie und einer negativistischen Persönlichkeitsstörung. In der Vorgeschichte bestand ein Substanzmissbrauch. Im OPD-Interview kristallisierte sich ein Konfliktthema um die Bereiche von Individuation vs. Abhängigkeit heraus, bei insgesamt mäßig bis geringem Strukturniveau der Persönlichkeit. Das OPD-Interview führte ein Arzt mit mehr als 30 Jahren Berufserfahrung (T1).

T2_2

Es handelte sich um eine 46 Jahre alte Patientin. Diagnostisch litt sie ebenfalls unter einer „Double Depression“. Zudem bestanden eine soziale Phobie, eine posttraumatische Belastungsstörung und eine depressive Persönlichkeitsstörung. Seitens der OPD-Diagnostik wurde ein Konflikt um die Themen Kontrolle vs. Unterwerfung festgestellt bei insgesamt mäßig bis geringem Strukturniveau der Persönlichkeit. Beim OPD-Interviewer handelte es sich um einen Psychologen mit mehr als 30 Jahren Berufserfahrung (T2).

T2_4

Die 32-jährige Patientin litt unter einer majoren Depression, zusätzlich an einer negativistischen Persönlichkeitsstörung. In Bezug auf die OPD wurde ein Versorgungs- vs. Autarkie-Konflikt diagnostiziert, bei insgesamt gut bis mäßigem Strukturniveau. Der OPD-Interviewer war erneut der bereits genannte Psychologe mit mehr als 30 Jahren Berufserfahrung (T2).

T3_1

Beim 21 Jahre alten Patienten wurde auf Symptomebene eine majore Depression, eine generalisierte Angststörung und eine selbstunsicher-depressive Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Im OPD-Interview fand sich ein Konflikt um die Themen von Versorgung vs. Autarkie, bei insgesamt gut bis mäßigem Strukturniveau. Das Interview wurde von einem Psychologen mit mehr als sechs Jahren Berufserfahrung durchgeführt (T3).

Die Gesprächskonstellationen sind, wie oben beschrieben, arrangiert und in der Regel einmalig, weitere Gespräche in derselben Therapeut-Patient-Konstellation sind nicht vorgesehen. Dies hat einige Implikationen für den sprachwissenschaftlichen Umgang mit den vorliegenden Gesprächen, von denen jedoch hier nur kurz die wichtigsten aufgegriffen werden können. Wo die Gesprächsteilnehmer wie hier um die Beobachtungs- und Aufnahmesituation wissen, können zunächst immer auch Bedenken bezüglich der Authentizität des Datenmaterials angemeldet werden. Dies wird in der empirisch orientierten Gesprächsforschung als Beobachterparadoxon bezeichnet (für Erläuterung hierzu siehe Brinker/Sager 2010, S. 31ff.). Die Tatsache, dass die Gespräche zwar zu Forschungszwecken, allerdings nicht zu sprachwissenschaftlichen Forschungszwecken arrangiert wurden, fällt jedoch zugunsten der Authentizität des Gesprächskorpus aus. Zumindest was die sprachliche Seite des Verhaltens der Teilnehmer anbelangt, gibt es keine signifikanten Gründe dafür, warum die Teilnehmer – sowohl die Patienten als auch die Therapeuten – sich anders verhalten sollten, als sie es in einer nicht unter Beobachtung stehenden Therapiesitzung tun. Das Verhalten der Sprecher

kann also als weitgehend authentisch bewertet werden. Lediglich für die Therapeuten besteht die Einschränkung, dass sie in dem Bewusstsein agieren, dass das Gespräch mit diesem Patienten ein singuläres Ereignis darstellt. Die hier beteiligten Therapeuten haben also keine Kontrolle über die weitere Entwicklung des Patienten in einer möglichen Fortsetzung der Therapie durch andere Therapeuten; sie wissen nicht einmal, ob und wenn ja in welcher Form der Patient überhaupt die begonnene psychotherapeutische Behandlung fortsetzen wird. Daher müssen die Therapeuten besonders behutsam vorgehen. Das Wissen darum, den Patienten nicht weiter in seinem therapeutischen Prozess zu begleiten, bedeutet für den Therapeuten nämlich, dass keine Möglichkeit einer Nachbearbeitung der Therapieereignisse vorgesehen ist. Eventuell aufgewühlte Erinnerungen oder Affekte, die im Diagnosegespräch entstehen, beispielsweise durch Verunsicherung des Patienten, können somit nicht ohne weiteres nachträglich 'abgefangen' werden.

3.3 Die Vorgehensweise: Kriterien und Richtlinien

Bei der in dieser Arbeit erfolgenden Analyse handelt es sich um eine qualitative Untersuchung. Es soll geprüft werden, ob bestimmte Typen von Fragen tatsächlich im herangezogenen Datenmaterial vorkommen. Nicht analysiert wird die Häufigkeit des Vorkommens der jeweiligen Typen. Das Datenmaterial wurde für die Analyse relevanter Stellen in Form von Transkripten aufbereitet, die nach den Konventionen von GAT2 erstellt sind (siehe hierzu den Anhang unter Verweis auf Selting et al. 2009). Teilweise liegen die Gesprächsdaten in Form von Minimaltranskripten, teils auch in Form von Basistranskripten vor.

Die Gespräche wurden auf Fragen hin durchsucht, von denen diejenigen, welche relevante Merkmale im Hinblick auf das Untersuchungsvorhaben (siehe 4 und insbesondere 4.3) aufwiesen, zur weiteren Analyse ausgewählt wurden. Wichtig ist, dass eine Beschränkung auf syntaktisch klar erkennbare Fragen stattfindet, nämlich V1-Fragen und W-Fragen (siehe auch 1.3). Diese sollen im Folgenden eigentliche Fragen genannt werden. Damit stellt sich unweigerlich die Frage, warum Deklarativsatzfragen nicht berücksichtigt werden. Hierzu ist ein kurzer Exkurs zu den Eigenheiten von Deklarativsatzfragen in mündlichsprachlichen Interaktionskontexten notwendig. Da es hier um eine vergleichende Untersuchung von *formulations* und Fragen geht, bürge eine Einbeziehung von Deklarativsatzfrage nämlich die Gefahr, diese beiden Handlungstypen nicht mehr klar voneinander abgrenzen zu können. Denn aufgrund des oftmals fragenden Charakters von *formulations* sind hier die Grenzen sehr unscharf. Anders als in Arzt-Patienten-Gesprächen kommt es dem Therapeuten unter anderem darauf an, den Patienten auf kontrollierte Weise möglichst ausführlich zum Sprechen zu animieren. Dies geschieht unter anderem mithilfe von Formulierungen, welche als Verstehensangebote zur Ratifizierung, oder aber bewusst zur kritischen Kommentierung – bis hin zur gezielten Provokation von Widerstand – angeboten werden. Um sowohl den Aufforderungsgestus als auch den offenen Angebotscharakter derartiger Äußerungen zu unterstreichen, gestalten Therapeuten ihre Formulierungen intonatorisch oftmals ähnlich einer Frage. Dies macht die Unterscheidung zwischen Deklarativsatzfragen und *formulations* schwierig, da eine solche nun höchstens noch anhand inhaltlich-semantischer Merkmale vorgenommen werden kann – vorausgesetzt, eine Unterscheidung der beiden ineinander übergehenden Typen ist überhaupt noch möglich. Rombach (1988, S. 35) geht sogar so weit festzustellen, dass Rede und Gegenrede in einem Gespräch „immer die Weise von Frage und Antwort hat, auch wenn die Satzform dies nicht sehen lässt“. Ihm zufolge hält sich „jede Behauptung [...] in der Frageform [...], um so einer Gegenrede sich zu stellen und von Anfang an für sie »da« zu sein“ (ebd.). Und tatsächlich lässt sich, um wieder zur sprachwissenschaftlichen Ausdrucksweise zurück-

zukehren, das Prinzip der konditionellen Relevanz in diesem weiten Sinne auslegen: nämlich, dass jede Äußerung, die nach Ratifikation verlangt, tiefenstrukturell gesehen den Charakter einer Frage hat, unabhängig davon, ob sich dies formal implizit oder explizit äußert. Dieses Problemfeld im Rahmen der vorliegenden Untersuchung eingehend zu diskutieren würde jedoch zu weit führen. Vorerst soll der Hinweis auf die unscharfen Grenzen zwischen eigentlichen Deklarativsätzen und solchen, die als Frage fungieren, genügen. Daher findet in dieser Arbeit eine Beschränkung auf syntaktisch klar als solche markierte Fragesätze statt.⁴³ Hierbei ist jedoch, von der anderen Richtung her gesehen, nicht auszuschließen, dass auch V1-Fragen und W-Fragen durchaus Charakteristika anderer Handlungstypen aufweisen können. Darum soll es aber später noch ausführlicher gehen.

4. Eine Typologie psychotherapeutischer Fragen nach dem Vorbild von *formulations*?

Die Handlungsart *formulation* wurde bereits weiter oben vorgestellt. Weiste/Peräkylä (2013) entwickeln in einer Studie, die in 4.2 vorgestellt wird, eine Einteilung von *formulations* in vier spezifische Funktionstypen. Diese vier Typen dienen als Ausgangspunkt für die vorliegende Untersuchung, die sich mit Fragen befasst. Es soll am hier vorliegenden empirischen Material geprüft werden, ob die vier zunächst für *formulations* beschriebenen Funktionstypen nach Weiste und Peräkylä auch für Fragen fruchtbar gemacht werden können. Doch wie steht es um die Vergleichbarkeit von Fragen und *formulations*? Lassen sich diese beiden Handlungstypen und ihre jeweiligen Untertypen überhaupt miteinander vergleichen?

Die grundlegenden Funktionen von Fragen sind zunächst anders als die von *formulations*. Dies schließt aber nicht aus, dass beide dieser Handlungsarten zusätzlich auch einige gemeinsame Funktionen erfüllen können. Darüber hinaus soll in dieser Arbeit, ohne dem eigens nachzugehen und es in Einzelheiten zu begründen, davon ausgegangen werden, dass es keine spezifischen, von vornherein festgelegten Mittel zur Ausführung bestimmter therapeutischer Handlungsziele gibt. Vielmehr können alle sprachlichen Handlungstypen für einen bestimmten Zweck instrumentalisiert werden, sofern nicht ihre strukturelle Grundanlage kategorisch dagegen spricht. In diesem Sinne lässt sich auch vermuten, dass sich Fragen und *formulations* in ihrem spezifischen Einsatz zu bestimmten Funktionszwecken sogar eher wieder einander annähern: Die Handlungsziele bleiben schließlich stets dieselben, sodass auch die Instrumentalisierung kategorial verschiedener Handlungsarten (u.a. Fragen und *formulations*) für den gleichen spezifischen lokalen Funktionszweck eine ähnliche sprachliche Ausformung erfährt. Anders gesagt, hängt die konkrete Ausgestaltung sprachlicher Handlungsmöglichkeiten wesentlich vom Funktionszweck ab: die Realisierung einer Frage, die beispielsweise das Ziel verfolgt, dem Patienten eine emotionale Perspektive auf einen Sachverhalt zu eröffnen, kann der Realisierung einer *formulation* mit demselben funktionalen Zweck bisweilen ähnlicher sein als die Realisierung einer Frage, die beispielsweise ein neues Thema einführt.

Es folgt nun ein kurzer Überblick, der zeigt, was Fragen überhaupt für Funktionen annehmen können. Dies wird dabei helfen, die von Weiste/Peräkylä (2013) beschriebenen Funktionstypen, die später auf Frage angewendet werden sollen, besser einzuordnen. Erst im Anschluss daran wird der Fokus auf die vier besagten Funktionstypen eingeschränkt.

⁴³ Auch die Frage nach der Übertragbarkeit von Kategorien wie etwa der schriftsprachlichen analytischen Einheit des ‘Satzes’ auf die mündlichsprachliche Einheit des ‘turns’ kann hier nicht eigens behandelt werden.

4.1 Mögliche Funktionen von Fragen

Die besonderen therapeutischen Funktionen von Fragen, die später vorgestellt werden, lassen sich am besten vor dem Hintergrund allgemeiner, therapieunabhängiger Funktionen von Fragen verstehen. Hier werden daher nun einige Funktionen aufgezeigt, die Fragen erfüllen können. Dabei ist dies kein Überblick, der Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Zudem lassen sich therapeutische Funktionen von Fragen nicht klar von nicht-therapeutischen Funktionen trennen, da erstere ja gerade auf letzteren basieren (siehe 1.1.1). Basale alltagssprachliche Funktionen von Fragen gehen also vielmehr in therapeutische über. Die hier angesprochenen Funktionen lassen sich – von ihren Variationsmöglichkeiten ganz zu schweigen – sicherlich alle in einem Übergangs-Kontinuum zwischen den beiden Polen therapeutischer und alltagsweltlicher Funktionen und nicht so sehr in einer festen Kategorie verorten. Außerdem sind, streng genommen, die möglichen Funktionen von Fragen endlos. Es gibt aber einige prominente Vorkommensweisen, um die es nun gehen soll.

Eine häufig eingesetzte Art von Fragen sind Referenzklärungen. Oft werden in OPD-Gesprächen, in denen der Therapeut den Patienten zuerst einmal ‘von Grund auf kennen lernen muss’, Fragen mit Bezug auf die zeitliche Einordnung oder Dauer eines Symptoms oder auch von Lebensereignissen gestellt. Auskünfte darüber, wie lange sich bestimmte Symptome, beziehungsweise wahrgenommene Leiden zeitlich erstrecken, scheinen eine wichtige Information auf dem Weg zu einem therapeutisch angemessenen Verständnis des Patienten zu sein. Auch aus den OPD-Manualrichtlinien geht hervor, dass der zeitlichen Verortung der Probleme und Symptome des Patienten eine entscheidende Bedeutung für die Diagnosestellung zukommt (siehe 1.2 weiter oben). Solche Fragen fallen meist sehr knapp aus und sind ebenso knapp zu beantworten.

Auch können Fragen dazu dienen, einen Themenwechsel herbeizuführen. Sie eignen sich durch ihren Grundcharakter der Offenheit für eine solche Aufgabe, da sie weniger direktiv wirken als eine imperativische Aufforderung wie beispielsweise *So, und jetzt erzählen Sie mir doch einmal etwas über Ihr Verhältnis zu Ihrem Vater!* Es wäre zwar auch möglich, auf ‘höfliche’ Aufforderungsstrategien in Form indirekter gestalteter Aussagesätze auszuweichen. Dies könnte beispielsweise so lauten: *Ich würde jetzt gern noch mit Ihnen über Ihren Vater sprechen.* Jedoch wird hier deutlich, dass die elizitierende Wirkung einer solchen alternativen Formulierung im Sinne der konditionellen Relevanz noch recht schwach ist und durch das Anschließen einer Frage erheblich gesteigert werden könnte. Beispielsweise ließe sich an die eben genannte Beispielformulierung die Frage *Wie haben Sie diese Beziehung erlebt?* an einen Aussagesatz anschließen, durch welche der elizitierende Charakter erst richtig deutlich zur Geltung käme. Wenn die Behandlung eines neuen Themas begonnen werden soll, bezüglich dessen der Patient sich noch nicht in einem Gedanken- und Redefluss befindet, haben Fragen den Vorteil, eine starke Antwortervartung herzustellen und zugleich mit dem initiierenden Charakter der Frage den Beginn eines neuen Gesprächsabschnitts zu markieren.

Eine weitere Möglichkeit Fragen einzusetzen ist auch, Patienten direkt anzusprechen, beispielsweise nach thematischen Exkursen zu Fakten oder anderen Personen. Der folgende Transkriptausschnitt veranschaulicht, wie die Ergänzung einer Aussage durch eine Frage einen zunächst aus einer Außenperspektive wahrgenommenen Redegegenstand zum ‘persönlichen Thema der Patientin’ macht:

T2_2, (00.19:01)

- 1 T manchen leuten geht es ja so wenn sie über schlimme dinge erzählen
dass sie dann auch wieder ehh ganz überwältigt werden von den
gefühlen die damals warn
- 2 P (.) m_hm
- 3 (0.54)
- 4 T das is (bei baby) zum beispiel in einem traum wenn man wenn man n
alptraum hat und denkt es ist (.) wirklich im moment was da passiert
- 5 (0.55)
- 6 T k kennen sie sowas [auch]ja
- 7 P [ja]
- 8 (1.34)
- 9 T m_hm
- 10 (1.5)
- 11 P ich hab auch vorhin grad gemerkt dass °hh was er zählt wurde (.) ich
zu gehört hab (.) und uff einmal °hh

Im Vorlauf zu dieser Stelle spricht die Patientin von Selbstwertgefühl und der Überwindung von Scham. Nach einer längeren, durch einige ‘Füllwörter’ unterbrochenen Pause bringt der Therapeut ein verallgemeinertes Beispiel (*manchen Leuten* [...]) ein, womit er zugleich einen Wechsel auf die metakommunikative Ebene einleitet. Der Therapeut versucht hier zu prüfen, ob bestimmte von ihm vermutete problematische Dispositionen bei der Patientin vorhanden sind und eventuell für das Gespräch problematisch werden könnten, möchte aber dabei den Eindruck eines intransparenten Vorgehens nach der Art von Kompletierungsfragen (siehe auch 1.3) vermeiden. Daher wählt er die Kombination eines Aussagesatzes mit einer Frage: Zunächst wird etwas Allgemeines angesprochen (S1: *manchen leuten geht es ja so* [...]), woraufhin das zunächst aus einer Distanz heraus betrachtete Allgemeine durch die Frage zum (potenziellen) persönlichen Anliegen der Patientin gemacht wird (S6). Über diesen Umweg kann der Therapeut es vermeiden, seine Vermutung direkt der Patientin persönlich zuschreiben zu müssen; durch die Aufteilung in Aussagesatz und Fragesatz bleibt eine gewisse Distanz zwischen der Äußerung der vermuteten Disposition und der Person der Patientin selbst.⁴⁴

Eine letzte Funktion, die hier vorgestellt werden soll und besonders für institutionalisierte Gespräche eine wichtige Rolle spielt, ist das *agenda setting*. Heritage beschreibt diese Funktion für das Kommunikationsfeld physisch-medizinischer Gespräche folgendermaßen: „Self-evidently, questions set agendas [...] that embrace both the kind of action that is required of a respondent and the topical content to which that action should be addressed“ (Heritage 2010, S. 44). Dies ist im Verlauf psychotherapeutischer Gespräche nicht unproblematisch, da ein Therapeut den Patienten zu großen Anteilen auch selbst entscheiden lassen sollte, worüber dieser reden möchte, beziehungsweise zu reden bereit ist, anstatt ihn über bestimmte Bereiche ‘auszufragen’. Jedoch ist es in Diagnosegesprächen oft auch nötig, bestimmte Informationen zu sammeln, ohne die die Aufgabe der Diagnosestellung nicht sinnvoll bearbeitet werden kann.

⁴⁴ Aus psychotherapeutischer Perspektive kann diese Formulierung zudem die Intention einer Normalisierung haben, also durch das Benennen, dass es anderen Menschen ähnlich geht, zum Beispiel Gefühle von Scham zu reduzieren und Selbstöffnung zu fördern. Außerdem wird damit eine therapeutische Haltung des „Sich-neben-den-Patienten-Stellens“ verfolgt (vgl. Rudolf, zitiert nach Ehrenthal/Grande 2014), die neben der möglichen Angstminderung zudem spezifische Ich-Funktionen speziell der Wahrnehmung fördern kann.

4.2 Vier verschiedene Typen von *formulations* nach Weiste/Peräkylä (2013)

In 2.3 wurde bereits erläutert, was unter einer *formulation* in der Psychotherapie zu verstehen ist und wie diese therapeutisch eingesetzt werden kann. *Formulations* lassen sich jedoch noch spezifischer ihren unterschiedlichen therapeutischen Funktionen nach bestimmen. Diese Funktionen finden in der Regel auch eine Entsprechung in bestimmten formalen sprachlichen Merkmalen, die je nach Typ mehr oder weniger offensichtlich sind. Weiste/Peräkylä (2013) widmen den *formulations* eine Untersuchung, in der sie vier Typen von *formulations* identifizieren. Die folgenden Ausführungen befassen sich mit einer kurzen Vorstellung dieser vier Typen. Im Anschluss wird auch das Zustandekommen dieser Einteilung noch kritisch zu diskutieren sein.

Bevor auf die vier Typen im Einzelnen eingegangen wird, soll kurz ihr systematisches Verhältnis untereinander skizziert werden. Weiste und Peräkylä ordnen *formulations* danach, wie nahe sie sich an die vorangehende Äußerung des Patienten halten. Während *highlighting formulations* sprachlich sehr stark an der Patientenäußerung orientiert sind, entfernen sich *rephrasing formulations* bereits etwas weiter von dieser. *Relocating formulations* und *exaggerating formulations* schließlich sind durch eine nochmals weiterreichende Veränderung der Bezugsäußerung gekennzeichnet, wobei zwischen diesen beiden Typen keine Größenordnung mehr ausgemacht wird, sondern lediglich ein qualitativer Unterschied. Eine kategoriale Grenze muss zwischen der *highlighting formulation* und den anderen drei Typen gezogen werden, da für das *rephrasing*, *relocating* und *exaggerating* im Gegensatz zum ersteren Typ gilt: „In such *formulations*, the therapist transforms the client’s account and adds some elements that were not originally in the client’s turn.“ (Weiste/Peräkylä 2013, S. 306). *Highlighting* ist also die einzige Art von *formulation*, die am Sprachmaterial des Patienten nichts verändert. Auch *exaggerating formulations* weisen ein ähnlich exklusives Merkmal auf: sie provozieren nämlich nicht wie die anderen drei Typen Zustimmung, sondern Widerspruch (*disagreement*) (ebd., S. 31). Auch ließen sich die vier Typen, ergänzend zu der Systematisierung bei Weiste und Peräkylä, nach der Art ihres elizitierenden Charakters noch deutlicher profilieren und in ein Verhältnis zueinander setzen. Die am stärksten elizitierenden Strategien sind mit *highlighting* und *exaggerating* gegeben, wobei aber beim *exaggerating* schon die präferenzorganisatorische Richtung des Folgebeitrags – nämlich Widerspruch – vorgegeben ist, während *highlighting* wesentlich offener angelegt ist. Denn die Vorgabe, die *highlighting formulations* dem Patienten gegenüber setzen, besteht zunächst einzig darin, ‘mehr’ zu dem fokussierten Gegenstand zu äußern, beziehungsweise auf irgendeine noch offene Weise näher auf diesen einzugehen.

Zudem haben Weiste/Peräkylä (2013) zwei der vier Typen als therapieansatzspezifisch identifiziert: *Relocating* kommt dem von ihnen analysierten Datenmaterial zufolge nur in der psychoanalytischen Therapie vor, *exaggerating* hingegen nur in der *cognitive psychotherapy*⁴⁵ (ebd., S. 299). Die hier vorliegende Studie ist jedoch im Gegensatz dazu bewusst nicht komparativ angelegt, was verschiedene psychotherapeutische Orientierungen betrifft, sondern beschränkt sich auf Beobachtungen innerhalb der OPD.⁴⁶ Mit dem Heranziehen von Erkennt-

⁴⁵ Dieser Therapieansatz entspricht in der deutschsprachigen Psychotherapietheorie weitgehend der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Richtung, die in 1.1 kurz aufgeführt ist.

⁴⁶ Gerade dadurch, dass es sich bei der OPD um kein ‘reines’ psychotherapeutisches Konzept handelt, ließe sich auch schwer im Nachhinein sagen, welche sprachlichen Einflüsse aus den verschiedenen Vorgängerdisciplinen sich inwiefern genau in der tatsächlichen verbalen Gestaltung von OPD-Gesprächen niederschlagen. Eine Studie zum Vergleich der verschiedenen beeinflussenden Therapieschulen anhand des Einsatzes spezifischer verbaler Mittel wäre ohnehin ein überaus komplexes Unterfangen, welches umfassender Gesprächsdaten entsprechend zu den unterschiedlichen psychotherapie-theoretischen Hintergründen bedürfte und, sofern überhaupt möglich, ein Untersuchungsvorhaben für sich darstellte.

nissen aus der komparativ angelegten Studie von Weiste und Peräkylä sieht sich aber nun auch das hier vorzunehmende Untersuchungsvorhaben einer weiteren relevant werdenden Therapierichtung, nämlich eben der *cognitive psychotherapy*, gegenüber. Auch wenn es in erster Linie die von Weiste und Peräkylä identifizierten Sprechhandlungs- und Funktionstypen selbst sind, die in der hier durchzuführenden Studie interessieren, stellt sich dennoch unweigerlich die Frage, wie angesichts der Differenzierung zweier verschiedener Therapierichtungen bei Weiste und Peräkylä verfahren werden soll. Daher wird nun für die weiteren Untersuchungsschritte festgelegt: Die Erkenntnis Weistes und Peräkyläs, dass *relocating formulations* und *exaggerating formulations* sich innerhalb ihres Gesprächskorpus jeweils spezifisch einer psychotherapeutischen Richtung zuordnen lassen, soll in der hier vorliegenden Untersuchung zurückgestellt werden. Von Unterschieden im Vorkommen der vier Funktionstypen *highlighting*, *rephrasing*, *relocating* und *exaggerating* wird abstrahiert. Die vier Typen werden also beim Versuch ihrer Identifikation in den hier vorliegenden OPD-Gesprächen alle gleich behandelt; somit soll auch die im Wesentlichen psychoanalytisch fundierte OPD auf *exaggerating* hin untersucht werden.

Es folgt nun eine Vorstellung der vier Funktionsvarianten von *formulations*. Auf Beispiele, wie Weiste und Peräkylä sie zur Illustration einsetzen, soll dabei vorerst verzichtet werden, um dafür an späterer Stelle zusammen mit den Korpusbeispielen der Fragen auch einige *formulations* direkt unter dem Gesichtspunkt ihrer Einbettung in den konkreten authentischen Gesprächszusammenhang vorzuführen.

In *formulations* mit *highlighting*-Funktion wählt der Therapeut einen Teil der Patientenäußerung, der von besonderer therapeutischer Relevanz ist, aus und hebt diesen in seiner eigenen Äußerung mittels ‘Wiederverwendung’ (*recycling*) des Sprachmaterials hervor. Nach Brinker/Sager (2010, S. 73) ließe sich hier auch von einer expliziten Wiederaufnahme sprechen. *Highlighting formulations* greifen also einen bestimmten, in der Äußerung des Patienten enthaltenen Gegenstand heraus und rücken diesen in den Fokus der geteilten Aufmerksamkeit. Sie zeigen in der zweiten Position retrospektiv das Verständnis des Therapeuten an und sorgen prospektiv für den Erhalt beziehungsweise die Fixierung der sich normalerweise im Sinne der Gesprächsprogression auf andere Foki verlagernden Relevanz des betreffenden Gegenstands. Der Therapeut ‘hält’ den Gesprächsgegenstand, welchen die progressive Gesprächsdynamik hinter sich zu lassen droht, sozusagen ‘fest’. Dass ein spezifisches Element der eigenen Äußerung vom Therapeuten als Redegegenstand wieder aufgegriffen wird, dient dem Patienten als Hinweis auf die erhöhte Relevanz dieses Elements oder Aspekts. Der Patient zeigt dann wiederum in seinem Folgebeitrag an, dass er die erneute Relevantsetzung des zuvor von ihm eingebrachten Gegenstands durch den Therapeuten verstanden hat, indem er diesen Gegenstand näher exploriert beziehungsweise vertieft. Dieser *formulations*-Typ dient also dazu, das in einer Patientenäußerung angelegte therapeutische Potenzial durch die emphatische Wiederaufnahme relevanter Teile dieser Äußerung zu extrahieren.

Auch *formulations* mit *rephrasing*-Funktion rücken einen therapeutisch relevanten Aspekt der Patientenäußerung ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Anstatt sprachliches Material vom Patienten zu übernehmen, reformuliert der Therapeut den Redegegenstand hier neu, mit seinem eigenen Vokabular und in seiner eigenen Sprechweise, orientiert sich dabei aber sachlich weiterhin stark an der Perspektive des Patienten. *Rephrasing* wird eingesetzt, um an Stellen, an

Es kann aber im Vorfeld zu den später in dieser Arbeit noch vorzunehmenden Untersuchungen schon einmal die Vermutung geäußert werden, dass ein so vielfältige psychologische wie auch psychiatrische Einflüsse vereinendes Konzept wie die OPD folglich auch eine große Bandbreite von Möglichkeiten für den Einsatz verbaler Mittel eröffnet.

denen der Patient in seiner Erzählung eher faktenorientiert vorgeht, auf die Ebene des subjektiven Erlebens zu wechseln. Dieses Angebot einer neuen Perspektive ist zugleich so gestaltet, dass der Patient den Wechsel nicht nur gedanklich, sondern auch verbal mitvollziehen muss, und wirkt damit verstärkt elizitierend:

Because these formulations alter the »point« of the prior version offered by the client, responses indicating confirmation are insufficient [...]. Rephrasing formulations[sic!] invite the client to produce responses of extended agreement or disagreement that focus on the client's own experience [...]. (Weiste/Peräkylä 2013, S. 306)

Mit *rephrasing formulations* dokumentiert der Therapeut ein gegenüber *highlighting formulations* noch weiter reichendes Verständnis, das ihn in die Lage versetzt, eine – allerdings zunächst spekulative und vorerst noch zur Ratifikation oder Modifikation ausgesetzte – Projektion des subjektiven Erlebnisgehalts einer Patientenäußerung vorzunehmen.

Relocating formulations gehen ziemlich weit über die Patientenäußerung, bei der sie ansetzen, hinaus. Denn sie verknüpfen ein in der Vorgängeräußerung vorgebrachtes Erlebnis des Patienten mit einem anderen von dessen Erlebnissen, das vom ersten räumlich oder zeitlich entfernt stattgefunden hat. Dies kann konkret auf zweierlei Weisen geschehen: „[...] the [relocating] formulations either offered explanations for the experiences just described by the client or treated them as symbolic representations of some other experiences.“ (ebd., S. 309). Sofern der Therapeut durch das Gespräch selbst Kenntnis von diesem zweiten Erlebnis hat und dieses nicht nur in einer Vermutung unterstellt, geht eine solche Verknüpfung auch mit einer Verknüpfung zweier unterschiedlicher Stellen im Gespräch einher. In jedem Fall aber wird vom Therapeuten ein Zusammenhang suggeriert, der dem Patienten helfen soll, seine verschiedenen Erlebnisse perspektivisch neu zu verorten. Die Unterstützung bei der bewussten Erfassung derartiger Zusammenhänge hat wesentlichen Anteil am gesamten Bewusstmachungsprozess, in dem eines der zentralen therapieübergreifenden Ziele besteht (siehe hierzu auch Lutz et al. 2010, S. 125f.). Es kann vorkommen, dass *relocating formulations* formale Gemeinsamkeiten mit *highlighting* oder *rephrasing* aufweisen. Weiste und Peräkylä gehen dann jedoch nicht von Mischformen aus, sondern betrachten die verknüpfenden Eigenschaften des *relocating* als dominierend über die anderen Merkmale. Sobald also beispielsweise eine Äußerung, die ein durch *highlighting* hervorgehobenes Element enthält, zusätzlich im Sinne des *relocating* verknüpfend fungiert, sprechen Weiste und Peräkylä von einer *relocating formulation* und nicht etwa von einer Mischform (vgl. Weiste/Peräkylä 2013, S. 311). Auch weisen *formulations* mit *relocating*-Funktion eine strukturelle Nähe zu Deutungen (*interpretations*) auf, sind aber laut Weiste und Peräkylä „in terms of sequential and epistemic organization“ (ebd.) von solchen abzugrenzen. Solche *formulations* können zwar interpretatives Gedankengut mit transportieren oder vorbereiten, sind aber in der Regel nicht allein deshalb mit Deutungen gleichzusetzen. Jedoch ist von Fall zu Fall zu unterscheiden, da es auch vorkommen kann, dass Deutungen tatsächlich über ihren Gehalt interpretativer Anteile hinaus auch komplett als *formulations* gestaltet sind, wobei dann beides zusammenfällt. Diese Differenzierungsversuche und die damit verbundenen Schwierigkeiten stellen zweifellos einen problematischen Punkt im Vorgehen Weistes und Peräkyläs dar. Es mag zwar sinnvoll sein, für Äußerungen, die erkennbar keine Deutungen sind⁴⁷ und dennoch Verknüpfungen mit interpretativem Gehalt herstellen, eine eigene Kategorie – eben die der *relocating formulation* –

⁴⁷ Laut der Definition von Vehviläinen et al. (2008, S. 193f.) sind Deutungen (*reinterpretative statements*) Handlungen, welche die explizit als solche markierte Sicht des Therapeuten wiedergeben. Dies kann als notwendige Voraussetzung für die Bezeichnung einer therapeutischen Handlung als Deutung und daher auch als Merkmal zur sicheren Identifikation von Interpretationen gelten.

anzunehmen. Auf der anderen Seite tun sich mit solchen Abgrenzungsschwierigkeiten Fragen nach möglichen systematischen Überschneidungen verschiedener solcher Handlungs- und Funktionskonzepte auf: Der anscheinend fließende Übergang von *relocating formulations* zu Deutungen legt unter anderem nahe, die *relocating*-Funktion letztlich von ihrem Vorkommen in *formulations* zu lösen und als unabhängig vom Handlungstyp (*formulation*, Deutung, Frage, Extension)⁴⁸ anzunehmen. Die Frage, inwiefern eine Verallgemeinerung, beziehungsweise Ausweitung der vier Funktionen über verschiedene Basistypen therapeutischer Handlungen hinweg theoretisch sinnvoll oder sogar geboten ist, kann in diesem Rahmen nicht näher diskutiert werden – wobei die vorliegende Untersuchung durchaus als ein erster Schritt in diese Richtung gesehen werden kann. Zunächst lässt sich festhalten, dass *relocating formulations* ein vom Patienten geschildertes Erlebnis mit einem anderweitig verorteten Patientenerlebnis verknüpfen und sich dabei im Gegensatz zu Deutungen weitgehend an der Perspektive des Patienten orientieren, was den suggerierten Zusammenhang für diesen nachvollziehbar macht.

Mit *exaggerating formulations* zielt der Therapeut bewusst strategisch darauf ab, den Widerspruch (*disagreement*) des Patienten zu provozieren, welcher auch mit der Erfahrung von Widerstand (*resistance*) auf der allgemein interaktionalistischen Handlungsebene einhergehen kann. „*Exaggerating formulations* are constructed to challenge the client's previous talk by recasting it as something that is apparently implausible or even absurd.“ (Weiste/Peräkylä 2013, S. 312). Ein vom Patienten verbal angebotener Sachverhalt mit Konfliktpotenzial wird demnach ins Maßlose oder Absurde übersteigert, sodass dem Patienten der problematische Gehalt seiner eigenen Äußerung mit erhöhter Deutlichkeit vor Augen geführt wird: Mit der durch die Übertreibung hervorgerufenen Ablehnungsreaktion wird beim Patienten ein kritischer Blick erzeugt, der über den ‘Umweg’ der Übertreibung dann wieder auf seine eigene, dieser Übertreibung zugrunde liegende Äußerung zurück gelenkt wird. Wie im obigen Zitat bereits anklingt, spielt hier das therapeutische Konzept der *challenge*, zu Deutsch Herausforderung, eine wichtige Rolle: die *exaggerating formulation* ist eines von mehreren möglichen Mitteln, um die Äußerung eines Patienten und damit auch den Patienten selbst herauszufordern. Sie muss diese Aufgabe aber nicht zwangsläufig selbst übernehmen, sondern kann auch vorbereitend für eine solche Herausforderung fungieren: „The *exaggerating formulation* can be a vehicle for delivering the actual challenge [...] or, alternatively, [...] can prepare the ground for a challenge which will then be delivered by means of some other conversational move“ (ebd.). Nun kann es zwar auch vorkommen, dass der Patient entgegen der erwartbaren Folgereaktion zustimmend – oder zumindest nicht ablehnend – reagiert. Bleibt der Widerspruch aus, wirkt der Therapeut der ‘Verweigerung’ dieser Reaktion jedoch normalerweise solange mit einer Fortführung des *exaggerating* entgegen, bis er beim Patienten letztlich doch Widerspruch erzeugt (ebd.).

Die vier Typen enthalten zweifellos viele sinnvolle und für empirische Analysen fruchtbare Ansatzpunkte für eine Beschreibung der Funktion therapeutischer Handlungen. Dennoch sind einige Kritikpunkte zu äußern. Einmal bleibt in den Erläuterungen von Weiste/Peräkylä (2013, S. 302f., 316f.) unklar, wie genau mit den restlichen, nicht zu den eben vorgestellten vier Kategorien zuzuordnenden *formulations* verfahren wird. Solche *formulations* werden dort pauschal in einer fünften Kategorie „other“ untergebracht (ebd., S. 316f.). Auch erscheint es vor dem Hintergrund der Beobachtungen am Datenmaterial der vorliegenden Studie zweifelhaft, dass Weiste und Peräkylä unter insgesamt 108 *formulations* in den psychoanalytischen

⁴⁸ Hierbei ist jedoch zu beachten, dass auch diese vier therapeutischen Basishandlungen wiederum nur eine von mehreren Unterteilungsmöglichkeiten darstellen. Die Zusammenstellung des hier genannten Sets von Handlungen lehnt sich an Vehviläinen et al. (2008, S. 190) an. Zu einem kurzen Überblick über die Einteilungsproblematik sowie über alternative Einteilungsmöglichkeiten siehe auch 2.2.

Daten nur eine einzige Frage mit einer anderen Funktion als den vier oben beschriebenen finden. In ihren Daten zur kognitiven Psychotherapie finden die Autoren immerhin 14 *formulations*, die sie zur Gruppe „other“ zuordnen, was jedoch bei einer Gesamtanzahl von 116 dennoch erstaunlich wenig ist (vgl. ebd., S. 316). Die Autoren kommentieren hierzu lediglich:

Seven per cent of the formulations[sic!] in our data did not belong to any of the four main categories [...]. Most of these formulations[sic!] were found in cognitive psychotherapy, and they mainly served to facilitate the agenda management of the sessions [...]. However, because our concern was the ways in which the therapist's formulation[sic!] dealt with the client's description of his/her experience, these formulations were not examined in this study. (ebd., S. 317)

Durch die Entscheidung, ihre Kategorien nach der „primary interactional function“ (Weiste/Peräkylä 2013, S. 302) der *Formulations* vorzunehmen, bleibt der mutmaßlich polyfunktionale Charakter vieler *formulations* unbeachtet. Zum anderen darf auch angezweifelt werden, ob die von Weiste und Peräkylä identifizierten *formulations* sich wie dort beschrieben fast ausnahmslos eindeutig zu einer der vier Funktionskategorien zuordnen lassen. Allein schon ein hinreichend sicheres Identifizieren von *formulations* dürfte oft problematisch sein. Anders als die anderen drei Typen (*interpretations*, *extensions*, Fragen) heben sich *formulations* zunächst durch kein markant distinktives Merkmal auf der syntaktisch-formalen Ebene von anderen, ‘gewöhnlichen’ Aussagesätzen ab. Die Entscheidung darüber, was überhaupt als *formulation* gilt, erfolgt vielmehr gerade anhand des Kriteriums des therapeutischen Mehrwerts: Erfüllt eine sprachliche Handlung einen therapeutischen Mehrwert in Form einer der bekannten Funktionen (*rephrasing*, *highlighting*), so wird sie als *formulation* gezählt. Und auch im Übergang von diesem ersten Schritt zum zweiten Schritt, der Zuordnung zu den vier Funktionsgruppen, verbindet sich beides zu einem weiteren, speziell wissenschaftstheoretischen Problem: Es ist kritisch zu fragen, ob tatsächlich auch zuallererst – oder ob nicht vielmehr überhaupt erst – die Sprechhandlungen zur *formulation* erklärt werden, die dem Muster nach einer dieser vier Funktionsarten (*highlighting*, *rephrasing*, *relocating* oder *exaggerating*) entsprechen. Ein Untersuchungsgegenstand, der sprachlicher Natur und daher niemals mathematisch exakt handhabbar ist, stellt den Analytiker vor die Aufgabe, seine Konzepte beziehungsweise Kategorien flexibel anhand des vorliegenden Materials zu bilden (siehe auch Deppermann 2008a, S. 11). Daher ist die Vermutung nicht auszuschließen, dass im Laufe eines derartigen Untersuchungsverfahrens mit der Zeit sozusagen begonnen wird, verstärkt nach dem zu suchen, was bereits gefunden wurde – hier konkret in dem Sinne, dass der Untersuchende nach dem ersten Herauskristallisieren des Funktionsmusters ‘*highlighting*’ (und ebenso den anderen Funktionstypen) eine Vorstellung davon entwickelt, was zu suchen sei, und sich bei seiner weiteren analytischen Arbeit, ohne dies zu bemerken, davon lenken lässt.

4.3 Überprüfung der Übertragbarkeit auf Fragen

Nun, da die *formulations*-Typen eingeführt sind, kann in einem nächsten Schritt die Analyse der Fragen vorgenommen werden. An empirischem Sprachmaterial wird die Möglichkeit der Übertragung dieser ursprünglich für *formulations* entwickelten Einteilung auf Fragen geprüft. Es wurden dafür alle im vorliegenden Korpus identifizierten eigentlichen Fragen (zur Definition eigentlicher Fragen siehe 3.3) durchgegangen und daraufhin überprüft, ob sie ihrer Funktion nach einer der vier *formulations*-Typen entsprechen. Auf jedes einzelne der gefundenen Beispiele eigens einzugehen, würde den Rahmen dieser Arbeit weit überschreiten. Vielmehr sollen exemplarisch funktionale Analogien zwischen bestimmten *formulations* und Fragen – soweit

vorhanden – aufgezeigt werden. Dabei soll auch eine bei Weiste und Peräkylä vernachlässigte Problematisierung weniger eindeutiger Fälle (4.3.5) nicht ausbleiben. Auch hier muss aber aus Platzgründen eine Beschränkung auf eine Auswahl einschlägiger Beispiele stattfinden.

4.3.1 Fragen mit *highlighting*-Funktion

Als erstes wird überprüft, ob Fragen *highlighting*-Funktion annehmen können. Neben ihrer Aufgabe, neue Inhalte beziehungsweise Themen in ein Gespräch einzuführen, werden Fragen gerade auch im Sinne des Verstehensmanagements dazu eingesetzt, bestimmte Teile der vorangegangenen Äußerung nochmals zwecks einer genaueren Klärung ins Zentrum der Aufmerksamkeit zu rücken. Daher scheint der Einsatz von Fragen zu *highlighting*-Zwecken prinzipiell möglich. In Bezug auf einen bestimmten Redegegenstand (genauer) nachzufragen kann sogar als *highlighting* schlechthin bezeichnet werden, da eine Nachfrage – sofern es sich nicht um eine Frage zu Reparaturzwecken handelt (siehe Kitzinger 2013, S. 249ff.) – gesteigertes Interesse des Nachfragenden am wieder aufgegriffenen Gegenstand anzeigt und diesen somit nachdrücklich hervorhebt. Zwei Beispiele aus dem Korpus sollen nun zeigen, ob beziehungsweise inwiefern die in diesen Vorüberlegungen geäußerten Vermutungen zutreffen und auch insgesamt einen Eindruck davon geben, wie Fragen mit *highlighting*-Funktion aussehen können. Im ersten Gesprächsausschnitt stellt der Patient auf eine Frage des Therapeuten hin die aus seiner Sicht wichtigsten Wesenszüge seines Vaters dar:

T3_1, [1] (00.33:34)

- 1 **P** eher so_n melancholischer typ denk ich manchmal °hh also auch
net so konfliktfreudich probiert des auch äh probiert dem auch
eher aus_m weg zu gehen eher diplomatisch
- 2 (0.26)
- 3 **T** hm hm
- 4 (2.18)
- 5 **P** Ja
- 6 (0.4)
- 7 **P** **Konservativ**
- 8 (0.47)
- 9 **T** hm hm
- 10 (0.23)
- 11 **P** mittlerweile hat sich_s en bissl aufgelockert
- 12 (0.84)
- 13 **P** aber früher hat mich des immer
- 14 (1.01)
- 15 **P** schon belastet so **dieses konservative (.) die konservative**
einstellung von mein bruder und von meim vater °hh
- 16 **T** **und was heißt konservativ?**
- 17 (0.43)
- 18 **T** **an dem punkt**
- 19 (0.21)
- 20 **P** h° ja irgendwo altmodisch
- 21 (0.5)
- 22 **T** wo hat sich des °h negativ geäußert (denn) für sie?
- 23 **P** (.) also es war als ähm
- 24 (0.62)
- 25 **P** ganz einfaches beispiel °hhh ähm hh° ging_s drum dass ich mir_n
äh ohrring stechen lassen wollte und des: hat er dann vehement
eigentlich verboten (.) °hhh und dann (.) hab ich_s trotzdem
gemacht

Anscheinend hält der Therapeut das Lexem *konservativ* für so wichtig, dass er hier genauer nachfragt. Er leitet seine Frage mit der Konjunktion *und* ein, womit er den unmittelbaren Anschluss an die Patientenäußerung markiert. Nach einer fast halbsekündigen Pause ergänzt er die adverbiale Bestimmung *an dem punkt*, welche die Frage spezifiziert. Er möchte nicht wissen, was der Begriff *konservativ* im Allgemeinen für P⁴⁹ bedeutet, sondern was dieser speziell unter der konservativen Haltung seines Vaters, beziehungsweise seines Bruders versteht. Auffällig ist die dreimalige Nennung des Adjektivs *konservativ* durch den Patienten – einmal als elliptische Form eines prädikativen Adjektivs (S7: [er ist] *konservativ*), einmal substantiviert (S15: *dieses konservative*) und einmal attributiv (ebd.: *die konservative einstellung*) –, die der Frage Ts vorausgeht. Zum einen macht die mehrmalige Wiederholung die erhöhte Relevanz des Begriffs deutlich. Damit wendet P selbst, innerhalb seiner eigenen Äußerung, bereits eine dem *highlighting* sehr ähnliche sprachliche Hervorhebung an, die jedoch von dem hier diskutierten *highlighting* verschieden ist, da sie keinen systematisch-funktionalen Charakter hat. Zusätzlich zeigen die Umformulierungsversuche von P in S15 dessen Bemühen um ein adäquates Fassen des Gemeinten an. Dies gibt für T den Ausschlag, P in Form seiner Frage Hilfestellung bei dieser Bemühung zu leisten: Durch das erneute Herausstellen des Begriffs *konservativ* (S16) regt er P dazu an, weitergehend zu explizieren und damit auch den bereits begonnenen Explorationsprozess fortzusetzen. Hinsichtlich der sequenziellen Einbettung kann die Frage Ts als prototypische Realisierung einer Präzisierungsfrage (siehe auch 1.3) gelten: T orientiert sich bei seiner Nachfrage, die sich auch zu *was heißt konservativ an dem punkt* [für sie] ergänzen ließe, eindeutig an der Perspektive des Patienten. Die Kombination aus dem W-Fragewort *was* mit dem Verb *heißt* (S16) fragt nach Ps subjektiver, in dessen persönlichem Erleben verankerter Bedeutung des Begriffs *konservativ*. Damit wird dem Patienten, der diesen Begriff eingebracht hat, die primäre Kompetenz – und entsprechend dazu auch das primäre Rederecht –, diese zu erläutern, zugestanden. Dessen Antwort fällt jedoch, entgegen der Erwartung, zunächst recht knapp aus, da P die Frage nicht primär als Einladung zu erweiterten Erläuterungen sieht, sondern diese mit seiner Antwort vielmehr als Klärungsfrage behandelt. Er bietet die Umschreibung *altmodisch* (S20) als Ersatz für *konservativ* an. Die anschließende halbsekündige Pause legt die Interpretation nahe, dass P das therapeutische Potenzial seines ‘eigenen’ Begriffs, welches T mit dem Aufgreifen dieses Begriffs in einer *highlighting*-Frage herausstellt, nicht gleich in seinem vollen Umfang erkennt. T sieht sich schließlich dazu veranlasst, eine weitere, gezieltere Frage anzuschließen (S22), welche dann nach kurzem Zögern von P (S23: *also es war als ähm*) auch tatsächlich zu der gewünschten Art von Antwort führt: nämlich zu einem expandierten Beitrag, der auf selbstexplorative Weise ein mit diesem Begriff verbundenes Erlebnis verbalisiert (S25). Doch auch wenn T mit seinem Hinweis auf die Fragerichtung in S22 etwas ‘nachhelfen’ muss, ist es letztlich das *highlighting* in S16-18, mit dessen Hilfe der emotionale Erlebnisgehalt der Patientenäußerung erschlossen wird. Dem mittels der Frage hervorgehobenen Begriff *konservativ* wird so wenig wie möglich hinzugefügt. Durch die Gestaltung als Begriffsklärung (*was heißt*) wird die Frage so offen wie möglich gehalten und nur durch die Ergänzung *an dem punkt* minimal hinsichtlich ihrer Antwortrichtung eingeschränkt. Allerdings ist eine Hervorhebung dieser Art im Unterschied zu *formulations* mit *highlighting*-Funktion dadurch, dass das hervorzuhebende Element überhaupt syntaktisch in eine Fragekonstruktion integriert wird, keine ‘reine’ Hervorhebung, sondern sie fügt etwas hinzu: nämlich eben diese Fragekonstruktion. Diese Art der Modifikation ist jedoch von inhaltlichen Zusätzen durch den Therapeuten zu unterscheiden. Anstatt den hervorgehobenen Gegenstand durch inhaltlich-thematische Zusätze auf bestimmte Aspekte festzulegen und damit die möglichen Reaktionen einzuschränken, wird mit

⁴⁹ Zugunsten einer flüssigeren Lesbarkeit wird der Begriff ‘Patient’ im Folgenden stellenweise mit ‘P’ abgekürzt. Analog hierzu erfolgt eine Abkürzung des Begriffs ‘Therapeut’ mit ‘T’.

der Präsentation des Gegenstands in der syntaktischen Erscheinungsform der Frage der verbale Reaktionsspielraum vielmehr noch weiter geöffnet. Die bisherigen Beobachtungen zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die im obigen Ausschnitt vorgestellte Frage die Funktion erfüllt, den Begriff *konservativ* als Element von besonderer Bedeutung aus den übrigen herauszuheben und so den Patienten auf den Erlebnisgehalt seines eigenen Begriffs hinzuweisen.

Auffällig ist auch, dass in diesem Korpus *highlighting*, das im Rahmen von Fragen eingesetzt wird, meist in Gestalt von W-Fragen vorkommt. Dies illustrieren exemplarisch zwei weitere Ausschnitte, auf die aber nur noch kurz eingegangen werden soll. Im folgenden Ausschnitt aus demselben Gespräch wie oben liegt eine elliptische Variante eines W-Fragesatzes vor. Der Patient zählt Verschiedenes auf, was ihn belastet und ursächlich für seine Stimmungstiefs ist. Beim Begriff *schuldgefühle* wird der Therapeut sozusagen ‘hellhörig’ und lenkt, indem er ‘nachhakt’, zugleich den Fokus auf diesen Begriff:

T3_1, [1] (00.40:11)

```

1      P      ((schmatzt)) sorgen beruf un:d °hh
2      T      Hm
3              (0.27)
4      P      schuldgefühle irgendwo auch
5              (0.86)
6      P      was ich (.) ja (.) und dann
7      T      was für schuldgefühle?
```

Das Hervorheben mit einer Frage ist hier elliptisch, genauer gesagt analeptisch (siehe zum Vergleich auch das Beispiel bei Schwitalla 2006, S. 104) realisiert. Die gegenüber einer schriftsprachlich vollständigen Satzstruktur fehlenden Elemente werden von den Sprechern stillschweigend mitverstanden: Auch ohne die Realisierung eines Prädikats und Subjekts – eine Möglichkeit, diese zu ergänzen, wäre beispielsweise *was für schuldgefühle [haben sie]*, oder umgestellt *was [haben sie] für schuldgefühle* – versteht der Patient die auf Präzisierung zielende Nachfrage des Therapeuten. In einem Ausschnitt aus einem anderen Gespräch kommt wiederum eine W-Frage, die zum *highlighting* eines von der Patientin verwendeten Begriffs eingesetzt wird, vor:

T2_2, (00.07:18)

```

1      T m_hm verstehe ihr gefühl is er [machts extra um
2      P                                             [((atmet ein)) ja
3              (0.45)
4      T m_hm ]
5      P um zu ]kucken
6              (0.34)
7      T m_hm
8              (1.25)
9      T m_hm
10             (0.56)
11     T aber was hat der mit ihnen laufen was (.) was will der kucken oder
        warum
```

Hier vervollständigt die Patientin zunächst einen vom Therapeuten angefangenen Satz, der vorausgehende Schilderungen Ps aus deren eigener Perspektive reformuliert (S1), mit den Worten *um zu kucken* (S5). Der Therapeut fragt zwar zunächst etwas allgemeiner nach (S11: *aber was hat der mit ihnen laufen*), kommt aber dann auf den Begriff *kucken* zurück. Die Einleitung dieser zunächst allgemeinen Nachfrage mit der adversativen Partikel *aber* markiert die

Ausdehnung des Skopus in Verbindung mit der thematischen Abweichung von der spezifischen, durch P szenisch geschilderten Situation als unerwartet. Die daraufhin auftretende Realisierung des *highlighting* (*was will der kucken*) tritt als gegenläufiger Fall zu der Analepse im vorigen Ausschnitt auf: Anstatt dass etwas ausgelassen wird, erweitert T seine Frage noch um ein zweites Fragepronomen *warum*, dessen Anschluss mittels der Konjunktion *oder* modalisierenden Charakter hat. So verleiht T seiner ‘Fragebatterie’, in deren formalem wie auch inhaltlichem Zentrum der Begriff *kucken* steht, gleich mehrere Dimensionen: er stellt zwei inhaltlich miteinander zusammenhängende, jedoch unterschiedlich gelagerte *was*-Fragen, mit denen er einen allgemeinen (*was hat der mit ihnen laufen*) und einen spezifischen (*was will der kucken*) Skopus eröffnet, bevor er mit dem Fragewort *warum* schließlich auch noch eine retrospektive, auf die Ursachen beziehungsweise die Vorgeschichte gerichtete Dimension eröffnet. Das ‘W-Frage-highlighting’ ist hier also in einen komplexeren, da mehrdimensionalen W-Fragekontext eingebunden. Alle in den obigen Gesprächsausschnitten dargestellten W-Fragen haben jedoch eines gemeinsam: Sie heben ein Element aus der Vorgängeräußerung des Patienten besonders heraus und machen es so zum Gegenstand einer punktuell vertieften therapeutischen Explorationsarbeit.

4.3.2 Fragen mit *rephrasing*-Funktion

Auch *rephrasing* kann nicht nur in *formulations*, sondern auch in Fragen vorkommen. Das primäre Kriterium für *rephrasing*, einen Wechsel auf die Ebene des emotionalen Erlebens zu bewerkstelligen, kann zwar problematisch sein: Denn ein solcher Wechsel kann sich in einer Vielzahl verschiedener, funktional komplexer sprachlicher Handlungen vollziehen, deren Bestimmung nicht unbedingt von der *rephrasing*-Funktion abhängt, was eine Abgrenzung schwierig macht. Problemfälle dieser Art werden aber später noch zu diskutieren sein (siehe 4.3.5). Vorerst soll die Aufmerksamkeit zwei Beispielen aus dem Korpus gelten, in denen sich der *rephrasing*-Charakter der Fragen hinreichend klar abzeichnet. Für diesen Funktionstyp finden sich neben W-Fragen auch Beispiele für V1-Fragen. Fragen dieser Art können vom Umfang her recht unterschiedliche Ausprägung annehmen. Sie können sehr knapp ausfallen und mitunter den Charakter eines Einwurfs annehmen, sodass sie den Patienten nur unwesentlich in seinem Redefluss stören. Sie können aber auch weitergehend elaboriert auftreten und gegebenenfalls nachträglich in der dritten Position wieder aufgegriffen und vertieft werden – wie in diesem ersten Beispiel, in dem der Patient eine Episode aus seiner Kindheit erzählt, welche Aufschluss über das Vater-Sohn-Verhältnis gibt:

T3_1, [1] (00.22:41)

- 1 P m_ja:: (0.21) (uns halt) hh° äh (0.63) angemotzt dass die f::
[dass]wir die viel zu früh geroppt haben dass dass dass man
damit nix mehr anfangen kann
- 2 T [hm]
- 3 T hm_hm (1.1) **und was hat das bei ihnen für_n gefühl (0.9)**
hervorgerufen in der situation?
- 4 (0.61)
- 5 P ja_n schlechtes gefühl also man will ja (.) sowieso nich (.)
nach[her irgend]wie ärger bekommen
- 6 T [hm]
- 7 (1.1)
- 8 T hm (.) ja °h schlechtes gefühl **können sie das (.)** s ja schon
jetzt ne (.) weile her
- 9 P hm_hm

- 10 T aber ham sie noch irgend ne (.) ahnung in was für ne richtung
dieses schlechte gefühl ging?
- 11 T (1.04) also was für_n gefühl war des?
- 12 (1.92)
- 13 P ja_n gef::ühl von wut (0.23) [(+++)]denk ich mal ja (.)
- 14 T [von wut,]

Der Patient konzentriert seine Erzählung zunächst weitgehend auf die Schilderung faktischer Ereignisse. Er erzählt, wie er und der Nachbarsjunge beim Spielen im Garten für ihr Fehlverhalten (S1: [die äpfel]⁵⁰ *zu früh geroppt*) vom Vater getadelt wurden. Das Verb *angemotzt* (S1) deutet dabei den in der Erzählung vorhandenen Gehalt sich hintergründig abspielender emotionaler Prozesse an. Mit seiner Frage versucht der Therapeut, die Verlagerung der Patientenerzählung in eine Perspektive des emotionalen Erlebens zu bewirken oder zumindest zu unterstützen. Die einleitende Konjunktion *und* zeigt dabei an, dass der emotionale Gehalt, auf den die Frage abzielt, bereits in Ps Äußerung angelegt ist und dieser daher lediglich die Ergänzung des bereits präsenten Gegenstands um einen anderen Sehepunkt leisten muss. Ganz explizit verweist der Ausdruck *gefühl* (S3) in der Frage des Therapeuten auf den Hintergrund der therapeutischen Aufgabenstellung des Gesprächs, nämlich die Gewinnung von Informationen über das emotionale Erleben des Patienten. Der hier grammatisch vollständig zu Ende geführte Satz⁵¹ wird zudem durch eine gerade für solche Konstruktionen ungewöhnlich lange 0,9-sekündige Pause zwischen *gefühl* und *hervorgerufen* (S3) unterbrochen, wodurch auf den Begriff *gefühl*, der sozusagen einen Moment lang ‘im Raum stehen bleibt’, zusätzlich ein Fokusakzent gesetzt wird. Es fällt an dieser Stelle jedoch auch insgesamt ein entschleunigtes Sprechen auf, was im Transkript an der 1,1-sekündigen Pause vor dem Frageeinleiter *und* sowie – bedingt⁵² – an der 0,61-sekündigen Pause (S4) zwischen der Frage des Therapeuten und der Turnübernahme durch den Patienten in S5 sichtbar wird. Eine weiteres kommunikatives Strukturmerkmal des Ausdrucks *gefühl* ist die mittels der Frage daran gekoppelte Präsupposition:⁵³ Die W-Frage nach der Art des Gefühls unterstellt, dass auf jeden Fall ein – wie auch immer geartetes – Gefühl im Patienten hervorgerufen wurde. Der Patient kann also, möchte er nicht widersprechen oder eine anderweitig dispräferierte Antwort produzieren, nur auf das als solches gültig gesetzte Gefühl eingehen. Anders als in *formulations* mit *relocating*-Funktion wird in dieser Frage jedoch seitens des Therapeuten kein Formulierungsvorschlag gemacht, wie ein solches Gefühl aussehen könnte, sondern eben lediglich in offener Form danach gefragt. Dadurch erweitert sich der Antwortraum, zugleich auch die Verpflichtung des Patienten, die Richtung, in welche seine Ergänzung gehen soll, selbst zu wählen. Mit der W-Frage nach der Art des Gefühls zielt T darauf ab, bei P eine ausführliche selbstexplorative Antwort zu elizitieren. Als dieser jedoch zunächst eine knappe Antwort gibt und mit der ausgehaltenen Pause von über einer Sekunde deutlich wird, dass P – zumindest vorerst – sein Rederecht nicht zur Fortsetzung seiner Rede beansprucht, greift T seine Frage in S8 nochmals auf und spezifiziert den Antwortauftrag an P. Indem er das vom Patienten zu dem Ausdruck *gefühl* hinzugefügte Attribut *schlecht* übernimmt, erkennt er an, dass beide in ihrer intersubjektiv-kooperativen Explorations- und Verstehensarbeit bereits einen Schritt weiter vorange-

⁵⁰ Um Verwechslungen zwischen der Markierung von Simultansprechen in Transkriptziten und zusätzlichen Ergänzungen durch die Verfasser zu vermeiden, wird hier und im Folgenden jeder zu Erklärungszwecken verwendete Zusatz, der nicht zum Wortlaut der Transkriptzitate selbst gehört, in eckigen Klammern und nicht-kursiver Schrift wiedergegeben.

⁵¹ Gemeint ist grammatische Vollständigkeit, wie sie im schriftsprachlichen Sinne definiert wird. Vollständige Sätze dieser Art sind in der gesprochenen Sprache keinesfalls die Regel und in dieser ‘Reinform’ sogar eher selten. Siehe hierzu auch Schwitalla (2006, S. 23ff., 100-130).

⁵² Pausen beziehungsweise Verzögerungen zwischen Beiträgen verschiedener Sprecher sind nicht uneingeschränkt mit dem Sprechtempo und -rhythmus der Beiträge einzelner Sprecher vergleichbar, da hier neben der Gestaltung der Rede durch den jeweiligen Sprecher auch Einflussfaktoren der interaktionalen Dynamik zwischen den Sprechern eine Rolle spielen.

⁵³ Zu Präsuppositionen in therapeutischen Fragen siehe auch MacMartin (2008, S. 81-85).

kommen sind. T setzt zur Frage an (*können sie das*, S8), schiebt aber die Verständnis anzeigende Formulierung *s ja schon jetzt ne* (.) *weile her* ein, bevor er mit dem einleitenden *aber* (S10) anzeigt, dass er die vorausgehende Antwort Ps als nicht zufriedenstellend betrachtet. Anders als in S3 beginnt T seinen erneuten Versuch in S10 mit einer V1-Frage (*ham sie noch irgend ne* (.) *ahnung*). Diese wird jedoch durch das anschließend eingefügte, in die Präpositionalphrase *in was für ne richtung* (Hervorhebung durch die Verfasserin) eingebettete W-Fragewort nachträglich auf eine größere Offenheit bezüglich der Antworterwartung hin ausgerichtet. Nach einer erneuten Pause mit einer Dauer von etwas mehr als einer Sekunde (S11) unternimmt T einen dritten Versuch, seine Frage nochmals in leicht veränderter Form zu stellen. Wie schon in S3 greift er dafür direkt auf eine W-Frage zurück. Dieser wird als einleitendes Element die Partikel *also* vorangestellt, welche jedoch anders als das *aber* in S10 keinen adversativen Akzent setzt, sondern mehr dazu dient, die erneute Wiederholung zu legitimieren. Was aus sprachökonomischer Sicht wenig effektiv und im Erleben des Rezipienten solcher Wiederholungen als ‘umständlich’ erscheint, erfüllt hier aber eine wichtige Funktion: Im ersten Antwortbeitrag des Patienten in S5 wird gleich im Anschluss an die minimal gehaltene Beantwortung der Frage (*ja_n schlechtes gefühl*) wieder zu der impersonalen Form *man* übergewechselt; die Ebene des persönlichen Erlebens des Patienten wird, kaum nachdem sie eröffnet wurde, gleich wieder verlassen. Der Therapeut zielt aber mit seinem *rephrasing* eben gerade auf eine expandierte verbale Entfaltung dieser subjektiv-emotional erlebten Seite des Geschehenen ab. Mit der Formulierung *irgend ne ahnung* (S10) erleichtert er dem Patienten die für diesen offenbar schwere Aufgabe. Das Insistieren in Form wiederholter Nachfragen sorgt durch seinen expansiven Charakter für einen verstärkten Zugzwang in der konditionellen Relevantsetzung der Antwort: Soll diese nicht als unverhältnismäßig kurz gegenüber der zugehörigen Frage auffallen, so steht sie quasi unter einem Zwang zur Expansion – im Sinne einer Erwiderung, die der erhöhten Frageanstrengung ‘würdig’ ist. Nach dem insgesamt dreimaligem Vorbringen einer W-Frage nach dem *gefühl* (einmal in S3 und später in S10 und S11) und einer anschließenden 1,92-sekündigen Pause zeigt diese speziell als *eliciting*-Technik eingesetzte Sprachhandlung schließlich auch Wirkung auf der Sprachoberfläche, was sich einmal an dem ratifizierenden, simultan eingeschobenen Beitrag *von wut* des Therapeuten (S14) und zum anderen an dem Zusatz *denk ich mal ja* des Patienten (S13) zeigt. Besonders die Wortwahl des Patienten, welcher das mentale Verb *denken* verwendet, zeigt an, dass dieser verstanden hat, dass es an dieser Stelle des Gesprächs um sein subjektives Erleben geht, das näher ergründet werden soll. Dass der Therapeut sich erst ‘zufriedengibt’, als der Patient auf die Einladung zu einer emotional perspektivierten Fortführung seiner Erlebniszählung eingeht, kennzeichnet diese Fragebatterie als *rephrasing*.

Eine ganz andere Realisierung von *rephrasing* in Frageform zeigt der folgende Ausschnitt. Hier verwendet der Therapeut die V1-Frage *is ihnen des PEINlich dann* (S27), die mit der Konjunktion *ode:r* (ebd.) an den Deklarativsatz *aber sie finden es ganz SCHÖN* (S25) angeschlossen ist, mit dem zusammen sie eine funktionale Einheit bildet:

T1_3, (00.50:34)

- | | | |
|---|----------|--|
| 1 | P | mansche im geschäft (.) öh (.) halten misch halt für_n °h MUTter-SOH[N weil]l (.) öh |
| 2 | T | [°h] |
| 3 | | (0.39) |
| 4 | | °hh |
| 5 | P | ja d (.) ((Sprechansatz)) wenn (.) we_ma halt gemeinsam ARbeiten (.) bringt sie halt ESsen mit |

- 6 (0.31)
 7 °h [un_f (.) un_ver (.) verSORGT misch dann halt immer]
 8 T [wa (.) was (.) äh se was sie m] acht was
 Ähnliches wie sie oder [au]
 9 P [((schnieft))](.) sie arbeided als
 verWAltungsangestell[te]
 10 T [ja](.) °h (.) AH ja
 11 (1.67)
 12 P ((schmatzt)) aber im GLEichen gebäude (.) [isch hal]t im KELLer und
 sie EIne etage oben drüber °h
 13 T [hmhm]
 14 (0.29)
 15 als [MUTtersöhnchen]
 16 P [((holt Luft))](.) ((hustet)) ja weil ich halt (.) immer ES-
 sen gebracht krieg von ihr deswegen
 17 (0.22)
 18 T hmhm
 19 (0.36)
 20 hmhm
 21 P ((schnieft))
 22 (1.13)
 23 T ((schluckt; schmatzt))
 24 (0.34)
 25 **aber sie finden es ganz SCHÖN**
 26 (0.23)
 27 **oder (.) fü is ihnen des PEINlich dann (.) °h**
 28 P mh mh nö eigendlich NISCH
 29 T (.) ja (.) °hh
 30 P isch
 31 T °h [°hh]
 32 P [ähm]selbst (.) äh (.) wo isch (.) EINgestellt wurde
 33 (1.0)
 34 HIEß es immer °h JA es könnte ja probleMe geben wenn sie dann mit
 ihrer MUTter und °h (.) öh
 35 (0.79)
 36 aber äh
 37 (1.3)
 38 die leute SELBS ham irgendwie probleme damit (.) öh °h
 39 (0.38)
 40 des zu differenZIERen (.) dass meine MUTter meine MUTter is (.) °h
 un_isch ISCH bin

Der Deklarativsatz in S25 nimmt hier die Funktion einer *rephrasing formulation* ein. Der anschließende zweite Schritt des *rephrasing* (S27) steht hingegen in Frageform, die an dieser Stelle eine wichtige Funktion erfüllt: Mit Hilfe dieser sehr offenen, Zweifel anzeigenden Form kann der Therapeut vorsichtig seine Vermutungen bezüglich der emotionalen Erlebnisperspektive des Patienten äußern, die stets Spekulationen sind und – wie hier zu sehen – eben auch in die falsche Richtung gehen können. Dabei folgt der Therapeut einem ähnlichen Schema wie dem von Heritage für physisch-medizinische Gespräche beschriebenen *principle*

of optimization (siehe 1.3): Während die inhaltlich gesehen nicht-problematische Proposition *sie finden das ganz SCHÖN* in Form eines Deklarativsatzes geäußert wird, der von seiner strukturellen Anlage her ein höheres Maß an Gewissheit suggeriert, wird die problematische, für den Patienten weniger angenehme Alternative *ist ihnen das PEINlich* in Frageform gesetzt, welche größere Unsicherheit anzeigt. So stellt die Formulierung der zweiten Proposition in Frageform die Gültigkeit dieser Proposition als im Verhältnis zur ersten unwahrscheinlicher dar. Es entsteht eine Präferenz für eine der ersten Proposition zustimmenden Antwort. Hinzu kommt, dass die Frage als Alternativfrage gestaltet ist. Anstatt beispielsweise zu fragen *Wie finden Sie das? Ist Ihnen das peinlich?*, womit sämtliche Alternativen zur Proposition *es ist Ihnen peinlich* offen gelassen würden, werden zwei konkrete Vorschläge für die Beschreibung des emotionalen Erlebens Ps gemacht, nämlich *SCHÖN* und *PEINlich*. Eine Verneinung der Frage *ist ihnen das PEINlich* kommt hier strukturell gesehen einer impliziten Zustimmung zu der ersten Proposition gleich. Wollte der Antwortende seine Negation dennoch nicht als Zustimmung zur Proposition des Deklarativsatzes verstanden wissen, so müsste er dies in einer Expansion seiner Antwort erklären. Die in S28 realisierte Antwort Ps *nö eigendlich NISCH* fällt auch tatsächlich verneinend aus, relativiert mit dem Ausdruck *eigentlich* jedoch die Gültigkeit seiner Negation. Diese einschränkende Modalisierung macht eine Erklärung relevant, zu der sich P dabei gewissermaßen verpflichtet. T verzichtet infolgedessen auf weitere Nachfragen und überlässt P den Vorrang bei der Er-, beziehungsweise Aufklärung seiner Antwort. Es folgt schließlich eine auffällig elaborierte Antwort des Patienten, worin er indirekt, in kontrastiver Abgrenzung zu den narrativ dargestellten Meinungen anderer, betont, wie unproblematisch er die in S16 geschilderte Situation, von seiner Mutter Essen gebracht zu bekommen, empfindet. Der *rephrasing*-Charakter der Frage des Therapeuten wird gerade auch mit dem Eintreten der angestrebten Wirkung dieser sprachlichen Praktik deutlich. Allerdings nimmt P nur vorübergehend den Impuls zum Verbalisieren der emotionalen Problematik selbst auf, und zwar indem er mit der Redewiedergabe (S32-34: *HIEß es immer °h JA es könnte ja proBLEme geben wenn sie dann mit ihrer MUTter*) auf zweifach indirekte Weise den problematischen Gehalt der zuvor in Frage stehenden Situation umschreibt: Er wählt die Perspektive der anderen Personen in seinem Arbeitsumfeld stellvertretend für ein eigenes Urteil und setzt zudem den Konjunktiv *könnte* als Marker für Unwahrscheinlichkeit ein. Das problematische Potenzial wird eher angedeutet als ausgeführt, ist aber auch nur ein Zwischenschritt, wie sich daraufhin zeigt. Denn schließlich dringt P sogar noch über die von T eröffnete Ebene des emotionalen Erlebens hinaus zu einer abstrakteren Ebene vor, indem er unter Einnehmen einer allgemeinen Perspektive (S38: *die leute*) das Abgrenzungsproblem zwischen der Person seiner Mutter und seiner eigenen Person reflektiert (S36-40). Dieser Schritt besitzt einen verstehensdokumentatorisch gesehen 'doppelten' Charakter: Einerseits zeigt P an, dass er verstanden hat, wie Ts Frage gemeint war, da sein zweiter Schritt, der das Problem auf eine abstraktere Reflexionsebene hebt, das Erfasstsein des in S32-34 angedeuteten emotionalen Problemgehalts, das sodann im Sinne der Wittgenstein'schen Leiter nun umgestoßen werden kann, implizit voraussetzt. Zum anderen zeigt er damit auch, dass er in der Lage ist, die Problematik auf einer psychologisch-theoretischen Ebene verstehend zu reflektieren. Mit dieser expandierten Elaboration macht der Patient zudem deutlich, dass es sich bei seiner Negation der Frage des Therapeuten keineswegs um eine Trotzreaktion im Sinne therapeutischen Widerstands handelt.

Doch um ein komplettes Bild von der funktionalen Einbettung der eben besprochenen *rephrasing formulation* zu haben, ist auch die vorausgehende *formulation – als MUTtersöhnen* (S15) – im näheren Gesprächsumfeld miteinzubeziehen. Hier liegt eine *highlighting formulation* vor, die jedoch von einem 'reinen' *highlighting* abweicht. Die in S1 von P geäußerte Bezeichnung *MUTterSOHN*, auf welche die *formulation* in S15 Bezug nimmt, wird in

den Diminutiv gesetzt und erzielt damit, ähnlich einer *exaggerating formulation*, nochmals eine – wenn auch nur leichte – Übersteigerung des semantisch ohnehin schon problematischen beziehungsweise mit einer negativen Wertung konnotierten Begriffs *Muttersohn*. Damit unternimmt T einen ersten Versuch, den emotionalen Problemgehalt der vorausgehenden Beiträge gezielt aufzugreifen und P so auf dessen eigene Erlebnisperspektive zu verweisen. Als dieser aber wiederum die Schilderung einer Situation als Erklärung anschließt (S16), wählt der Therapeut schließlich die Formulierung *sie finden* (S25), um explizit nach dem Erleben des Patienten zu fragen, und markiert mit dem vorangestellten *aber* (ebd.) den Wechsel aus der Perspektive der anderen in die persönliche Perspektive des Patienten. Hier ist also zu sehen, wie *formulations* und Fragen verschiedener Art zusammenspielen. Die *formulation als MUTtersöhnchen* kann zunächst als Vorbereitung auf die *formulation-Frage-Kombination* in S25ff. betrachtet werden. Während die *formulation* in S15 den nach Art des *recycling* übernommenen Ausdruck *MUTterSOHN* nur geringfügig verändert und damit auch nur schwach in die Patientenerzählung eingreift, ist das *rephrasing* in S25ff. mit einem verhältnismäßig direkten, wenn auch durch die Frageform⁵⁴ abgeschwächten Zugriff auf das innere Erleben des Patienten verbunden: Der Patient wird direkt angesprochen, es wird nach seinem persönlichen Urteil gefragt. Insgesamt wird an der Verbindung dieser drei verschiedenen Therapeutenhandlungen im obigen Ausschnitt sichtbar, wie Fragen einen wichtigen Anteil an der *rephrasing*-Praktik übernehmen. Auch zeigt sich, wie ein Wechsel zwischen den verschiedenen Techniken dem Therapeuten dabei hilft, dem dynamischen Verlauf der Patientenerzählung zu folgen und die Art der therapeutischen Eingriffe an deren Entwicklungsstand anzupassen.

4.3.3 Fragen mit *relocating*-Funktion

Wie zuvor in 4.2 für *formulations* beschrieben, haben Therapeutenhandlungen mit *relocating*-Funktion die Aufgabe, die strukturelle Ähnlichkeit zwischen einem aktuell vom Patienten geschilderten Erlebnis und einem bestimmten anderweitig verorteten Erlebnis des Patienten aufzuzeigen, indem sie diese beiden Patientenerlebnisse verbal miteinander verknüpfen. Dafür muss dem Therapeuten zunächst einmal ein solches Erlebnis bekannt sein. Für jeden beliebigen in einem Gespräch thematisierten Sachverhalt – wie eben auch den Inhalt einer Erlebnisschilderung – gilt: Einen Sachverhalt sprichwörtlich rückverorten zu können, setzt sowohl die Kenntnis von mehreren voneinander verschiedenen Sachverhalten als auch ein gewisses Maß an Orientierung in dem Sachverhaltszusammenhang, den diese konstituieren, voraus.⁵⁵ In einem therapeutischen Erstinterview muss die Herstellung einer zusammenhängenden Sachverhaltskenntnis, welche in diesem Fall durch biografisch beziehungsweise subjektiv relevante Erlebnisse des Patienten in ihrer mehrdimensionalen Strukturiertheit⁵⁶ ausgemacht wird, jedoch erst noch geleistet werden. Daher scheint auch das Auftreten von Fragen mit *relocating*-Funktion in den hier vorliegenden Gesprächen, insofern diese Erstgespräche sind, zunächst kaum erwartbar. Andererseits gehen auch schon im Verlauf einer solchen ersten In-

⁵⁴ Hier ist außerdem auch zu bemerken, dass die Therapeutenhandlung in S27 einen wie in 3.3 beschriebenen Grenzfall darstellt, da dieser Deklarativsatz nicht eindeutig der Funktion ‘Aussage’ oder ‘Frage’ zugeordnet werden kann. Auch die Reaktion Ps hilft nicht bei der Zuordnung, da diese ja letztlich in erster Linie von der seiner Reaktion unmittelbar vorausgehenden syntaktisch klaren Frage in S29 beeinflusst ist.

⁵⁵ Allerdings kann ein Mangel an Sachverhaltskenntnis unter Umständen umgangen werden, indem spekulativ, unter Heranziehung erdachter oder annäherungsweise erratener Sachverhalte rückverortet wird. Auch kann der Therapeut trotz unzureichender Informationsgewinnung im Gespräch selbst oft unter Einsatz seines Weltwissens bereits aus dem Kontext bestimmte die Patientenbiografie betreffende Sachverhalte zumindest annäherungsweise erschließen.

⁵⁶ Hiermit sind die vielfältigen möglichen Ansatzpunkte für eine kognitive Ordnung des über den Patienten vorhandenen Informationsmaterials gemeint, die jeweils verschiedene, einander überlagernde Ordnungssysteme konstituieren. Dies kann sowohl anhand der chronologischen Strukturiertheit der ereignisgebundenen Patientenerlebnisse geschehen, als auch beispielsweise anhand einer diesen Erlebnissen durch den Patienten aufgeprägten Bewertungsstruktur.

formationsgewinnung über den Patienten immer mehr Informationen über das Erleben und das Erlebte des Patienten in das gemeinsam geteilte Wissen von Patient und Therapeut ein.

Dass es grundsätzlich auch in einem therapeutischen Erstgespräch möglich ist, *relocating* einzusetzen, und dass diese Praktik gleichermaßen in der Form von Fragen und *formulations* Anwendung finden kann, zeigen die nun folgenden Ausschnitte. Sie sind alle drei demselben Gespräch entnommen. Der strukturellen Anlage des *relocating* entsprechend ist es auch beim analytischen Versuch, die Herstellung der einer solchen Verknüpfung nachzuvollziehen, zunächst nötig, den inhaltlich-thematischen Gesprächszusammenhang der entsprechenden Stellen zu verstehen. Als Ausgangsbasis für das spätere *relocating* des Therapeuten dient die folgende Stelle. Die Patientin ist dabei, ausführlich die Familiensituation in ihrem Elternhaus zu schildern. Mehrmals kommt sie auf den Tod ihres Vaters zurück. Sie bemerkt auch, dass sie keine Geschwister hat und Verwandte in ihrem Leben stets nur am Rande präsent waren.

Schließlich schlägt sie eine inhaltliche Brücke zu ihren bisherigen Paarbeziehungen. Hier setzt auch der folgende Ausschnitt ein:

T2_4, (00.13:02)

- 1 P °hhh
- 2 (0.25)
- 3 JA un_hab des dann halt eben WIE gesagt hab halt versucht in MEInen
beziehungen
- 4 T HM[hm
- 5 P [((Sprechansatz)) mir dann so meine EIgene welt zu (.) zimmern (.) im
[wahrsten]sinne des wortes °h aber die PARTner die ich angezogen hab
die [haben]selbst BAUstellen ghabt ohne ende
- 6 T [HMhm]
- 7 [HMhm]
- 8 HM[hm
- 9 P [°hhh
- 10 (0.2)
- 11 es war gar net Mögl[ich u]n_ich hab die ja au_so (.) hab mich da so
DRAN w[ie so ne]zecke
i[m PELZ]ne [°hh also die warn da höchstwahrscheinlich auch
(.) VÖLlich mit überfordert
- 12 T [HMhm]
- 13 [HMhm]
- 14 [<<cresc> HMhm >]
- 15 [hm
- 16 HM[hm]
- 17 P [((Sprechansatz))]
- 18 (0.48)

Von zentralem Interesse für die Therapiearbeit ist die Metapher *zecke* (S11). Der Einsatz bildlichen Sprechens gibt der Patientin Gelegenheit, ihr differenziertes Erleben komplex zusammenhängender Beziehungsmuster und -strukturen verdichtet darzustellen. Den umfassenden kognitiven Gehalt dieser Metapher zu erklären, würde an dieser Stelle zu weit führen und ist auch nicht das eigentliche Anliegen dieser Arbeit. Die funktionale Bedeutung dieser Metapher lässt sich annähernd damit umschreiben, dass sie eine bestimmte Art von Beziehungsqualität

erfasst – beziehungsweise sprichwörtlich ‘verkörpert’ –, nämlich eine einseitig hergestellte, geradezu zwanghaft gesuchte Nähe. Das zu Ps Zusatz *im PELZ* simultane Hörsignal von T in S14 zeigt durch leichtes aber deutliches Anwachsen in der Lautstärke eine markiert emphatische Reaktion auf diese Metapher an. Diese positive Resonanz von Seiten des Therapeuten lässt bereits erkennen, dass er die von P verwendete Metapher als relevant und fruchtbar für den weiteren gesprächstherapeutischen Prozess einstuft. Es folgt ein Erlebnisbericht über Kindheitserfahrungen der Patientin, in dem der Schwerpunkt auf der Krankheit der Mutter liegt. Ungefähr vier Minuten nach dem oben abgebildeten ersten Gesprächsausschnitt kommt die Patientin schließlich erneut auf das Thema ‘Paarbeziehung’ zu sprechen. Dieses Mal spricht sie jedoch über ihren aktuellen Partner, auf den sie mit dem Ausdruck *FREUND* (S14)⁵⁷ referiert:

T2_4, (00.17:29)

```

1119 P °hh ((schnalzt)) (.)
1220 da versuch ich mich natürlich abzuGRE:Nzen
1321 (0.57)
1422 °hh bei_m FREUND versuch ich_s !AUCH!
1523 es is beides n (.) KRAFTakt ((Lachansatz))
1624 T [HMhm]
1725 P s_is schwierig (.)
1826 T HM
1927 P und dann kommt natürlich jetzt daZU dass ich mir natürlich
au:ä:h
2028 (0.93)
2129 en neuen job wieder such[en MUSS]
2230 T [HMhm ] (.) °hh (.)
2331 ist der FREUND jetzt (0.68) äh (.) ne zecke (--) wo sie vorher
eine waren in beziehungen o (--)
2432 also ist der sehr ABhängig von ihnen ode:r
2533 P ((ausatmen, 1.07 Sek.))
2634 T kann man das so nich sagen=
2735 P <<flüsternd> =ist der ABhängig> (1.66) °hh
2836 T [wenn er an ihnen] zieht
2937 P [pu::h ]
3038 (1.35)
3139 ((einatmen, 0.56 Sek.)) ABhängig is der net nee
3240 T HMhm (.)
3341 P ((schnalzt)) (.) er MÖCHte A:ber halt HA:ben (.) ä:h dass
<<acc> ICH halt mach was er WILL> (.)
3442 T HMhm=
3543 P =genau (.) so kann_mer_s sagen

```

In S20 spricht P von Abgrenzung. Damit führt sie einen inhaltlichen Gegenpol zu dem Forcieren einer extremen Nähe, das sich implizit in der Zecken-Metapher ausdrückt, ein. Das zweimal kurz hintereinander verwendete Verb *versuchen* (S20; S22) deutet durch seine semantische Implikation an, dass dieses Vorhaben nur gegen Widerstände durchgesetzt werden kann und daher vermutlich nicht uneingeschränkt gelingt (vgl. Hampshire 1960, S. 107) – was kurz darauf mit den Ausdrücken *KRAFTakt* (S23) und *schwierig* (S25) nachdrücklich bestätigt wird. Hier werden also allein schon semantisch, nämlich durch das von P aufgebaute Wortfeld ‘*versuchen-Kraftakt-schwierig*’, der problematische Gehalt des angesprochenen Erlebnisbe-

⁵⁷ Anmerkung: Da die drei hier verwendeten Transkriptausschnitte zur Illustration des *relocating* alle demselben Gespräch entstammen, wurde die Zeilenzählung angepasst, um Verwechslungen in Zitaten zu vermeiden. Die Zählung im zweiten Ausschnitt läuft dort weiter, wo die des ersten Ausschnitts aufhört. Entsprechendes gilt für den Anschluss zwischen dem zweiten und dem dritten Ausschnitt.

reichs ‘Abgrenzung’ sowie vor allem das Konfliktpotenzial der in S22 andeutungsweise thematisierten Beziehung zum aktuellen Partner ersichtlich. Indem sie die Problematik ihrer Paarbeziehungen mit dem problematischen Erleben der Familiensituation in ihrem Elternhaus (hier im Transkriptausschnitt nicht mehr abgebildet) in Verbindung bringt, stellt die Patientin in ihrem Beitrag in S20-23 bereits selbst eine Verknüpfung zwischen dem Erleben zweier verschiedener Beziehungen her: Mit dem deiktischen Ausdruck *da* (S20) referiert sie auf den Umgang mit ihrer chronisch kranken Mutter und spricht von Abgrenzung. Als sie unmittelbar darauf auf ihren aktuellen Partner zu sprechen kommt, stellt sie mit der Formulierung *versuch ich_s !AUCH!* (S22) eine inhaltliche Parallele zwischen dem Erleben dieser beiden Beziehungssituationen her, wobei sie die eigentlich verknüpfende Partikel *!AUCH!* mit einer starken Betonung sogar noch besonders hervorhebt. Diese Art des Verknüpfens ist jedoch verschieden von der *relocating*-Arbeit des Therapeuten, wo eine nochmals andere, aus therapeutischer Distanz reflektierte Verknüpfungsdimension wirksam wird, die gerade auch die nicht offensichtlichen, beziehungsweise im Gespräch nicht naheliegenden Zusammenhänge erfasst. Dies lässt sich an der Frage des Therapeuten in S31 beobachten. Anstatt auf das noch kurz von P angesprochene Thema der Arbeitssuche (S27-29) einzugehen, setzt er in seiner Frage thematisch bei der Beziehungsproblematik an. Um den Problemgehalt deutlicher und detaillierter herauszuarbeiten, macht der Therapeut die Begriffe *FREUND* (S31) und *beziehungen* (ebd.) zu konkreten Redegegenständen. Doch anstatt den Erlebnisbereich ‘Paarbeziehung’ lediglich thematisch wieder aufzunehmen, bringt er zusätzlich die Metapher *zecke*, die er von der Patientin übernimmt, erneut ins Spiel. Damit stellt T eine Verbindung zu der weiter vorne im Gespräch erfolgten Erlebnisbeschreibung voriger Beziehungserfahrungen Ps her. Mit dem Zusatz *wo sie vorher eine waren in beziehungen* macht T für die Patientin transparent, dass er sich auf deren Gesprächsbeitrag an jener Stelle, an der sie diese Metapher zuvor eingeführt hat, bezieht. Der deiktische Ausdruck *vorher* verweist in erster Linie auf die weiter vorne in der Biografie der Patientin anzusetzende chronologische Verortung der angesprochenen Erfahrungen, kann aber daneben auch als Verweis auf das Vorausgehen des Beitrags Ps (hier in S11) in der zeitlichen Ordnung des Gesprächs selbst verstanden werden. Die auch in diesem Beitrag Ts (S31) zentrale Metapher *zecke* stellt eine prägnante sprachliche Verknüpfung her: Dieser eine zentrale Begriff ist aufgrund seiner Bildlichkeit in der Lage, reichhaltige Assoziationen abzurufen und damit unter Reduktion auf deren einschlägige Grundzüge eine gesamte Beziehungsstruktur zu qualifizieren. Der in S5-17 erstmals erfolgte Einsatz dieser Metapher zur Qualifizierung problematischer Erlebnisse in Beziehungen mit anderen Partnern etabliert ein kognitives Strukturmuster, welches bildlich vermittelt das Charakteristische einer Beziehung erfasst. Als P dann später in S22 das problematische Erleben der aktuellen Paarbeziehung thematisiert, setzt T mit seiner *relocating*-Frage an und ruft mit dem Schlüsselwort *zecke* dieses Strukturmuster erneut ab. Mit dem Aufzeigen der strukturellen Analogie zwischen den beiden Erlebnisbereichen ‘frühere Paarbeziehungen’ und ‘aktuelle Paarbeziehung’ bietet er der Patientin eine neue Art des Verstehens dieser Erfahrungen und insbesondere ihrer Zusammenhänge an.

Damit geht auch ein Wechsel der Perspektive einher: Während die Patientin in ihrem vorigen Erlebnisbericht selbst die Rolle der ‘Zecke’ eingenommen hat, schreibt T diese Rolle nun dem aktuellen Partner der Patientin (*FREUND*) zu, womit er der Patientin wiederum indirekt die Perspektive des ‘Opfers’ zuteilt. Durch das ausgeprägte *recipient design* in Form des Rückgriffs auf eine Metapher, die P selbst eingeführt hat, ist das in Ts Frage vollzogene *relocating* dem Verstehen Ps in besonderem Maße zugänglich. Gestaltet ist dieses *relocating* in Form einer V1-Frage. Die strukturelle Analogie der verschiedenen zuvor behandelten Beziehungsepisoden wird als erweitertes Verstehensangebot präsentiert, über dessen Zutreffen die Patientin entscheiden soll. Ein abgebrochenes *oder* (S31: *o*) im Beitrag Ts mit anschließender kurzer

Pause lässt einen Ansatz, die begonnene Frage zur Alternativfrage auszubauen, erkennen. Daraufhin folgt mit *also ist der SE:hr abhängig von ihnen* eine erläuternde Reformulierung der Frage. Mit dem Adjektiv *abhängig* hebt T den für seine *relocating*-Arbeit zentralen Aspekt der Metapher *zecke* hervor. Er gibt P einen Hinweis, wie er diese Metapher an der Stelle versteht. Indem er also nochmals explizit deutlich macht, wie sein konkreter Einsatz der Metapher an dieser Stelle gemeint ist, spezifiziert er auch den Antwortauftrag an die Patientin. Die Dehnung in der Konjunktion *ode:r*, mit der die Alternativfrage *kann man das so nich sagen* eingeleitet wird, zeigt bereits an, dass es nun an der Patientin ist, Stellung zu dem geäußerten Vorschlag Ts nehmen. Das Einatmen Ps (S33) nach *ode:r* zeigt, dass diese die Aufforderung verstanden hat, und mit *kann man das so nich sagen* überbrückt T auch in erster Linie die durch den Sprecherwechsel kurzzeitig entstehende Lücke im Gespräch, ohne inhaltlich etwas Neues hinzuzufügen – es wird lediglich die Negation der Gültigkeit des *relocating*-Vorschlags selbst als Alternative formuliert. In ihrer Antwort nimmt P auch direkt Ts erklärende Paraphrase *abhängig* wieder auf, anstatt sich an ihre ‘eigene’, durch T erneut ins Spiel gebrachte Metapher *zecke* zu halten. Sie reformuliert die Frage noch einmal für sich selbst (S35: *ist der ABhängig*). Auf erneutes Zögern Ps hin vervollständigt T diesen von P begonnenen Fragesatz mit der Extension *wenn er an ihnen zieht*, womit er einen weiteren Aspekt des in der Metapher verdichteten Bildkomplexes – allerdings wiederum bildlich – differenziert herausstellt. Die simultane Interjektionspartikel *pu:h* der Patientin, die auf onomatopoetische Weise Anstrengung signalisiert, weist in diesem Zusammenhang auf die mit der Antwortfindung verbundene Schwierigkeit hin. Nach abermaligem Zögern (S38f.) verneint P im ersten Teil ihrer Antwort die Frage nach der Abhängigkeit ihres Freundes, um dann aber mit einer Kombination mehrerer Betonungen und Wortdehnungen infolge (S41: MÖCHte A:ber halt HA:ben) ihr tatsächliches qualitatives Erleben der thematisierten Beziehung zu beschreiben. In ihrer Expansion in S41 erläutert sie, inwiefern ihr eigenes Erleben zwar so nicht uneingeschränkt der von T vorgeschlagenen Beschreibung mit dem Adjektiv *abhängig* entspricht, zeigt jedoch mit dem *A:ber* an, dass ihre eigene Beschreibung durchaus auch nicht komplett verschieden von dem Vorschlag des Therapeuten ist. Mit der Formulierung *genau* (.) *so kann mer_s sagen* in S43 bestätigt sie nochmals nachdrücklich ihre Antwort. Mittels Konstruktionsübernahme gestaltet sie ihre Antwort *so kann mer_s sagen* nahezu⁵⁸ exakt komplementär zu Ts metakommunikativer V1-Frage *kann man das so nich sagen* in S26 und zeigt so an, dass sie ihrerseits die durch das *relocating* initiierte Explorationssequenz, welche das Vergleichen verschiedener Beziehungserfahrungen unter dem Aspekt der Abhängigkeit zum Inhalt hat, an dieser Stelle als abgeschlossen betrachtet. Die *relocating*-Frage des Therapeuten ist also schon allein dadurch erfolgreich, dass sie der Patientin zur Formulierung einer neuen, für diese selbst anscheinend zufriedenstellenden Einsicht verhilft.

Wie schon zuvor bei den Fragen mit *rephrasing*-Funktion manifestiert sich auch in dem hier betrachteten Gespräch eine gewisse, noch näher zu bestimmende funktionale Verwandtschaft zwischen Fragen und *formulations* desselben Typs. Später in diesem Gespräch greift der Therapeut die zum *relocating* eingesetzte Metapher der Zecke erneut auf, dieses Mal aber als *relocating formulation* – wobei es sich jedoch, wie gleich noch zu sehen sein wird, um einen Grenzfall zwischen einer *formulation* und einer Deklarativsatzfrage handelt. Ziemlich gegen Ende des insgesamt 1 Stunde und 14:39 Minuten langen Gesprächs setzt die Patientin sich verbal mit der Frage nach Kindern auseinander. Sie erklärt, dass und inwiefern es für sie undenkbar wäre, eigene Kinder zu bekommen:

⁵⁸ Die einzigen Abweichungen gegenüber einem exakten, ‘reinen’ Frage Antwort-Komplementverhältnis nach dem prototypischen Muster *Kann man das so sagen? – Das kann man so sagen. / So kann man das sagen.* stellen auf lexikalisch-grammatischer Ebene das Modaladverbial *genau* sowie auf prosodischer Ebene die dialektale Färbung im Sprechen der Patientin dar. Abgesehen davon ist die Antwort Ps in S35 ein perfektes Gegenstück zu der Frage Ts in S26.

T2_4, (00.55:41)

- 36 P aber dass ich des SELber=ich hab immer gedacht (--) <<tief>
na=JAA> (0.91) so mit dreißig [kriegsch] wie alle fraue
- 37 T [hm:hm]
- 38 P irgendwie mol so_n <<lachend> HORMO:N!KICK! oder [so was]=
- 39 T [hmhm]
- 40 P =do drehn die ja alle dursch und wollen uff ämol kin[ner]>
- 41 T [hm:hm]
- (0.34)
- 42 P ü:berHA::UPT net=
- 43 =des is für mich der BLANke horror wenn ich [mer] mich NU:R
- 44 T [hm]
- 45 P °hh wenn ich nur dran denk (.)
- 46 T <<p> hmhm> was (.) was ist da so: horror dran
- 47 (1.67)
- 48 P ((schnalzt))
- 49 (1.27)
- 50 hm=die verantwortung (.)
- 51 T Hmhm
- 52 (0.64)
- 53 P die verantwortung (---)
- 54 ganz klAR
- 55 T Hmhm
- 56 (0.66)
- 57 P also wenn ich n_KIND hätte=ich wü:rde wahrscheinlich KEINE
nacht schlafen (.)
- 58 T Hmhm
- 59 (0.89)
- 60 P a=esch ded verrickt werra glaub ich (.) also (des_s:) <<dim> s
s s>
- 61 (0.49)
- 62 unvorstellBA:R ((Lachen, 0.882 Sek.))
- 63 <<lachend> des is unvorstellbar > [((Lachansatz))]
- 64 T [hmhm]
- 65 P °hhh (.)
- 66 <<f> ÄHM:> (.) <<acc> ja ne: geht gar net>
- 67 (0.81)
- 68 T °h so_n kind is ja auch ne zecke gell
- 69 (1.07)
- 70 P Klar
- 71 (0.91)
- 72 T (also) es saugt sich fest und hh°
- 73 (0.76)
- 74 dann (.) is man DRAN

Die Patientin arbeitet hier an der Schilderung der projizierten Beziehung zu einem nicht realen, sondern imaginären Kind, die verbal aber durchaus sehr plastisch wird. Mit hyperbolischen Äußerungen wie *der BLANke horror* (S43), *a=esch ded verrickt werra* (S60) oder *unvorstellBA:R* (S62, unbetonte Wiederholung in S63) drückt sie ihre vollkommene Abneigung dieser Vorstellung gegenüber aus. Zwischendurch fragt der Therapeut nach, was genau diese Abneigung ausmacht (S46), woraufhin die Patientin *die verantwortung* (S50-53) als Hintergrund nennt. T belässt es jedoch nicht hierbei. Er hält die Pausen in S56, S59 und S61 aus, um P zu signalisieren, dass sie in ihren Erläuterungen fortfahren soll. In S62f. markiert P dann allerdings mit der bekräftigenden Wiederholung und zusätzlich mit ihrer Stimmführung, dass sie ihren Beitrag vorerst abgeschlossen hat. Sie schiebt schließlich noch leicht schneller werdend die Äußerung *ja ne: geht gar net* (S66) nach, mit welcher sie nochmals in anderer Form Abgeschlossenheit markiert, sowie die mit der Modalpartikel *gar* versehene, ohnehin schon

eindeutige Negation *nicht* nicht weiter steigerbar ist und damit möglicherweise noch zu diskutierende Zweifel und Einschränkungen emphatisch ausschließt. Dennoch betrachtet T den für die therapeutische Arbeit nutzbar zu machenden Gehalt des Redegegenstands beziehungsweise Themas ‘Kinder’ als noch lange nicht ausgeschöpft. Ganz im Gegenteil muss dieser gerade erst herausgearbeitet werden, was T mit der *formulation* in S68 versucht. Die Formulierung *so_n kind is ja auch ne zecke gell* (ebd.) hat jedoch aufgrund der Modalpartikel *ja* und vor allem durch *gell* als *question tag* deutlich fragenden Charakter und ist daher ein Grenzfall zwischen *formulation* und Deklarativsatzfrage (siehe auch 3.3). Um die Streitfrage nach der Zuordnung dieser Therapeutenäußerung zu einem der Handlungstypen soll es hier aber auch nicht in erster Linie gehen. Festzustellen bleibt zunächst vielmehr, dass die Expansion dieser Handlung in S72ff., welche das abermalige Aufgreifen der Zecken-Metapher weiter ausarbeitet und inhaltlich zuspitzt, wieder eindeutig in Aussagesatzform auftritt und gerade mit dieser ihre rhetorische Wirkung erzielt, wenn mit der Formulierung *und [...] dann ist man DRAN* (S72ff.) die Vorstellung von etwas Unausweichlichem evoziert wird. Interessant für den Vergleich mit der im vorigen Ausschnitt behandelten V1-Frage ist aber zunächst noch die vor der Expansion des *relocating* erfolgende Zustimmung Ps. Der *question tag* in S68 erzeugt durch die konditionelle Relevanz die Verpflichtung Ps zu einer direkten Antwortreaktion. Nach einer Pause von etwas über einer Sekunde (S69) äußert sich die Patientin hierzu mit der prägnanten Antwort *klar* (S70), welche vollkommene Übereinstimmung anzeigt. Diese äußerst knappe Antwort steht der Vermutung entgegen, dass Sprachhandlungen mit Aussagecharakter sich besser zum Elizitieren expansiver Patientenreaktionen eignen, während Fragen – insbesondere geschlossene V1-Fragen – bevorzugt knappe, beziehungsweise minimal gestaltete Antworten auslösen. In den beiden hier verglichenen Ausschnitten zeigt sich sogar stellenweise eine genau gegenteilige Tendenz: Die Antwort in S70 als Reaktion auf eine eher ‘geschlossene’ Handlung fällt äußerst knapp aus, und nach erneuter 0,91-sekündiger Pause ist es am Therapeuten, sich um die weitere Bearbeitung des Themas zu kümmern. Ps Antwort (S27-35) auf Ts V1-Frage (S23) im vorigen Ausschnitt fällt hingegen ungleich elaborierter aus und ist durch wesentlich deutlicher sichtbare Antwortanstrengungen (Reformulierung der Frage in S27, *pu::h* in S29) geprägt. Die W-Frage *was ist da so: horror dran* in S46 rundet den Vergleich ab und stützt Pains (2009) Beobachtung, dass sich entgegen einer verbreiteten Annahme nicht grundsätzlich nur offene, sondern auch geschlossene Fragen zum Elizitieren von Patientenerzählungen eignen (vgl. Scarvaglieri 2013, S. 44). Auch hier fällt die Antwort recht knapp aus: Die Patientin beschränkt sich mit der Äußerung *die verantwortung* (S50) auf einen einzigen abstrakten Begriff, der als Zusammenfassung all dessen, was sie an dem fraglichen Gedanken als *horror* empfindet, genügen soll. In S53 wiederholt sie die Äußerung desselben Begriffs und bekräftigt diesen abschließend mit *ganz klar* (S54). Mit der Äußerung *die verantwortung* (---) *ganz klar* (S53f.) bringt sie hier immer noch mehr ein, als sie es mit der bloßen Bestätigung *klar* (S70) infolge des Statements Ts in S68 tut. Zugleich ist der Beitrag Ps in S50-54 aber immer noch geringer – sowohl vom Umfang als auch hinsichtlich der von P eingebrachten propositionalen Elemente – als ihr Antwortbeitrag in S27-35, mit dem sie auf die geschlossene V1-Frage in S23 eingeht.

In den nach S74 folgenden Beiträgen, die hier im Ausschnitt nicht mehr angezeigt werden, erfolgen zwar durchaus noch weitere sprachliche Ausarbeitungen seitens der Patientin. Um diese bei P zu elizitieren, muss T sein in S68 begonnenes *relocating* allerdings erst wieder aufnehmen und durch die Aufnahme bisher noch nicht benannter Aspekte erneut relevant setzen (S72ff.). Dieser dritte Ausschnitt vermittelt auch einen Eindruck von den komplexen Einsatzmöglichkeiten und Funktionsweisen der *relocating*-Praktik: Die damit hergestellte ‘rückverortende’ Verknüpfung in S68 gestaltet sich gegenüber dem *relocating* in S23f. noch eine Stufe komplexer, da hier nun drei Bedeutungsschichten – korrespondierend zu drei Bezie-

hungsstrukturmustern – übereinandergelegt werden. Das projizierte Erleben der Beziehung zu einem potenziellen Kind wird, über die Metapher der Zecke vermittelt, mit den zuvor in den ersten beiden Gesprächsausschnitten problematisierten Paarbeziehungen in Verbindung gebracht. In dieser Metapher sind die anderen beiden Beziehungsarten, auf die sie bereits angewendet wurde, nämlich ‘Beziehungen zu ehemaligen Partnern’ und ‘Beziehung zum aktuellen Partner’, implizit enthalten. Es wird hiermit also auch nachträglich eine nochmals andere Sichtweise auf die *relocating*-Frage in S23f. eröffnet, dabei aber zugleich über diese hinausgegangen. Die zuletzt eingesetzte *relocating*-Handlung greift sozusagen über das Abrufen des ersten *relocating*-Einsatzes dieser Metapher erneut auf das an jener Stelle bereits erarbeitete Wissen zu. Dies zeigt die Partikel *ja* (S68) in Verbindung mit dem hier deiktisch auf jene erste *relocating*-Stelle verweisenden Ausdruck *auch* (ebd.). Es wird also auf die bereits erlangte Einsicht noch weitergehend aufgebaut. Der Therapeut führt die Patientin schrittweise an die Fähigkeit heran, den essenziellen Gehalt des abstrakten Erlebnisstrukturmusters ‘Nähe/Abhängigkeit’ zu erfassen: Durch das Fokussieren einer weiteren, den anderen Beziehungen strukturell ähnlichen und über diese Ähnlichkeit mit diesen verknüpften Beziehungsart arbeitet er zusammen mit der Patientin auf eine Ausweitung der Perspektive auf die zugrundeliegende Beziehungsstruktur hin. Diese soll – nach Art eines induktiven Erkenntnisprozesses – über die Einsicht in die strukturelle Verknüpftheit der drei verschiedenen Beziehungserlebnisse deren Struktur selbst verstehen lernen.

Die hier analysierten Gesprächsausschnitte zeigen: Der Einsatz von *relocating* – egal ob in der Form einer Frage oder einer *formulation* – ist an einige Voraussetzungen gebunden und daher nicht immer möglich, beziehungsweise nicht immer gleich erfolgreich. In dem oben exemplarisch vorgeführten Gespräch trägt eine Reihe von gegebenen Voraussetzungen dazu bei, dass das *relocating* gelingen kann. Speziell in diesem Gespräch sind es vor allem zwei Gegebenheiten, die den Einsatz von *relocating* nahelegen. Zum einen spricht die Patientin schon von sich aus verschiedene Arten von Beziehungen an, wobei ihr verbales Problematisieren teilweise sogar in einem ‘Modus der Verknüpfung’ erfolgt. Zum anderen bietet die Patientin dem Therapeuten mit ihrer prägnanten Metapher *zecke* besonders gut geeignetes verbales Material für dessen therapeutische Arbeit an.

4.3.4 Fragen mit *exaggerating*-Funktion

Das *exaggerating* ist vermutlich die am schwierigsten mit der Frageform in Verbindung zu bringende Handlungsfunktion unter den vier von den *formulations* her bekannten Typen. Hierfür gibt es zweierlei Gründe, von denen einer mit der strukturellen Natur des *exaggerating* und der sprachlichen Form ‘Frage’ zusammenhängt, der andere hingegen mit den Rahmenbedingungen von OPD-Gesprächen. Die ‘Idee’, beziehungsweise die Wirkungsweise des *exaggerating* liegt ja gerade darin, einen Sachverhalt mittels einer scheinbar unumstößlichen Behauptung zu konstatieren. Eben dadurch soll der Widerstand beim Patienten hervorgerufen werden, welcher das ‘Aha-Erlebnis’, also den Umdenkprozess einleitet. Daher eignen sich Fragen nur sehr bedingt dazu, *exaggerating*-Funktion zu erfüllen, sowie sie ihrer strukturellen Anlage nach einen dem entgegenstehenden betont offenen Charakter bezüglich der darin enthaltenen Proposition besitzen. Sie stellen die Gültigkeit dessen, wonach gefragt wird, sprichwörtlich ‘in Frage’, setzen diese bis auf Weiteres zur Ratifikation aus. Der andere Grund, welcher vom Gesprächsformat abhängt, ist die eingeschränkte Kompatibilität zwischen der Aufgabenstellung von OPD-Gesprächen und dem therapeutischen Zweck des *exaggerating*. Ähnlich wie beim *relocating* handelt es sich um eine Praktik, deren Einsatz in der Regel eher in einem späteren Stadium der Therapie sinnvoll ist. Sie ist zwar auch elizitierend, zielt

jedoch weniger auf Informationsgewinnung, wie sie in Diagnosegesprächen wichtig ist, ab. Vielmehr will sie eine ‘tiefer greifende’, über das *eliciting* hinausreichende mentale Reaktion oder vielmehr einen Denkprozess anstoßen, wofür diese Technik unbedingt darauf angewiesen ist, dass der Patient bereits ‘so weit’ ist, das heißt, dass er in seinem Therapieprozess bereits an einem Punkt ist, an dem er sich auf solch eine Herausforderung (*challenge*, nach Labov/Fanshel 1977, S. 124f.) einlassen kann. Setzen Therapeuten solche ‘gewagten’ Techniken zu früh ein, kann dies Irritationen auf der Seite der Patienten verursachen, und das *rephrasing* scheitert. Hinzu kommt bei den in dieser Arbeit vorliegenden Gesprächen noch die Einmaligkeit der arrangierten Aufnahmesituation (siehe auch 3.2). Da durch den unvorsichtigen Einsatz bestimmter sprachlicher Mittel verursachte Schäden unter diesen Rahmenbedingungen kaum nachträglich abgefangen werden können, muss auch mit dem *exaggerating* als einem derartigen Mittel ausgesprochen vorsichtig und kontrolliert umgegangen werden. Zu bedenken ist bei diesem Funktionstyp außerdem, dass er in der weiter oben genannten Untersuchung über *formulations* von Weiste und Peräkylä, auf welche die vorliegende Analyse aufbaut, ausschließlich in Gesprächen gefunden wurde, die sich der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Schule (*cognitive psychotherapy*) zuordnen lassen. Anders als die psychodynamische Gesprächstherapie hat diese sich nicht aus psychoanalytischen Ansätzen heraus entwickelt, sondern stellt eine weitgehend eigenständige Alternative zu letzterer dar.⁵⁹ Dies könnte auf den ersten Blick Anlass zu der Vermutung geben, dass in den per Definition psychodynamischen OPD-Gesprächen kaum Handlungen des *exaggerating*-Typs auftreten dürften. Andersherum könnte das Auftreten von *exaggerating* in OPD-Gesprächen – das, wie gleich noch zu sehen sein wird, in den vorliegenden Gesprächen auch tatsächlich festgestellt wurde – auch auf eine gegenseitige Annäherung der Praxis dieser verschiedenen therapiemethodischen Grundrichtungen hinweisen, zumindest, was die Notwendigkeiten eines diagnostischen Gespräches betrifft. Allerdings ist bei derartigen Schlüssen Vorsicht geboten: Denn es ist fraglich, ob sich wirklich anhand eines so spezifischen Phänomens der sprachlichen Gestaltung psychologischer Interviews etwas über die Zugehörigkeit oder Nähe zu einem therapietheoretischen Ansatz aussagen lässt. Zudem kann die Abwesenheit von *exaggerating* in einem bestimmten Korpus mitunter auch schlichtweg auf den geringen Umfang des Datenmaterials zurückzuführen sein. Dass Realisierungen eines bestimmten Handlungsfunktionstyps nicht in einem Korpus von Gesprächen einer bestimmten Art identifiziert wurden, kann auch bedeuten, dass dieser anhand des begrenzten Materials noch nicht identifiziert werden konnte, in weiteren, dort nicht erfassten Gesprächen derselben Art aber möglicherweise durchaus vorkommt.

Gerade angesichts des in dieser Arbeit verwendeten, gegenüber anderen Studien (vgl. 1.1.2) vergleichsweise kleinen Korpus ist daher gründlich zu reflektieren, was dies für das Ergebnis der Suche nach *exaggerating*-Fragen heißt. Eine Frage dieses Typs findet sich darin nämlich genau ein Mal. Nun kann es natürlich sein, dass im vorliegenden Korpus zufällig genau das eine OPD-Gespräch enthalten ist, in dem *exaggerating* in Frageform – oder *exaggerating* überhaupt – vorkommt; ebenso, wie es sein kann, dass der hier identifizierte Fall einer *exaggerating*-Frage einen Querschnitt durch eine regelmäßige Häufigkeit eines solchen Vorkommens darstellt. Da das Untersuchungsanliegen dieser Arbeit aber, wie bereits weiter oben erklärt wurde, kein quantitatives sondern ein qualitatives ist, lässt sich mit dem gefundenen Beispiel zumindest festhalten, dass Fragen mit Exaggerating-Charakter durchaus in OPD-Gesprächen vorkommen. Ob es sich dabei – angesichts der in diesem Korpus beobachteten Seltenheit des Vorkommens – um eine außergewöhnliche, vom Therapiestil des Therapeuten

⁵⁹ Zum genauen Unterschied zwischen psychoanalytisch basierten psychodynamischen Therapieverfahren und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren siehe Lutz et al. (2010, S. 125-138).

abhängige Ausnahme und möglicherweise sogar eine Abweichung vom üblichen OPD-Schema handelt oder ob das hier herangezogene Korpus lediglich zu wenig umfangreich ist, um mehr solcher Beispiele zu finden, muss an dieser Stelle offen bleiben.

Dem folgenden Ausschnitt geht eine Nachfrage Ts voraus, welche die Fähigkeiten sowie auch die Defizite des Patienten hinsichtlich der Beziehungsgestaltung mit anderen in den Blick nimmt. P beginnt daraufhin unmittelbar mit der Erläuterung seiner Defizite:

T3_1, [2] (00.00:35)

- 1 P ähm h° h° (3.0) ja (0.69) vielleicht dem anderen mehr freiraum
 (0.25) zu lassen (.) das kann ich nich so gut
 2 (0.54)
 3 T ((schmatzt)) **wollen sie jemanden ganz für sich alleIne haben**
 wenn sie mit jemandem (0.57) sammen sind?
 4 (0.56)
 5 P n nee nich ganz für mich allein aber (.) ähm (0.97) ja irgendwo
 vielleicht (0.21) schon dass ich (ähm/ihn) (0.8) gern die
 meiste zeit bei mir hab (1.83) äh (2.02) un auch so (.) den
 (0.18) freiraum (.) dass ich jemanden (.) gut vertrauen
 kann:: °hh in der hinsicht dann einfach äh (0.26) auch ohne
 ängste (ihm/eben) zu verliern oder so des:: is dann auch dann
 wieder is ja auch [(son) wieder]so des thema angst

Die Frage in S3 greift die negativ formulierte Beschreibung des Patienten, jemandem wenig Freiraum zu lassen – also, positiv formuliert, den anderen zu vereinnahmen – in seiner V1-Frage auf und übersteigert diese in seiner Reformulierung *jemanden ganz für sich alleIne haben* (S3). Außerdem erfolgt mittels der adverbialen Bestimmung *wenn sie mit jemandem sammen sind* (ebd.) eine Einschränkung des im Vorlauf zu diesem Ausschnitt eingebrachten Begriffs ‘Beziehung’ auf Paarbeziehungen, welche bis dahin allenfalls implizit mitverstanden war. In diesem Fall hat die Entscheidung des Therapeuten für die Frageform gegenüber der Aussagesatzform keineswegs eine abschwächende Auswirkung auf den provokativen Charakter der Proposition ‘jemanden für sich alleine haben’. Die Eigenschaft einer V1-Frage, den Gesprächspartner vor eine definitive Ja/Nein-Entscheidung zu stellen, verstärkt diesen Eindruck eher. Insbesondere aber die Betonung des Wortes *alleIne* lässt diese Frage deutlich provokativ erscheinen. Dabei ist jedoch die Einschränkung zu machen, dass die Wortverbindung *jemanden ganz für sich alleine haben* aufgrund ihrer umgangssprachlichen Verwendung als Phraseologismus möglicherweise etwas schwächer markiert wirkt als eine unmittelbar vom Therapeuten gebildete Wortfolge. Der semantisch gesehen absolute Wert der Ausdrücke *ganz* und *alleine* ist allerdings aussagekräftig genug, um der Frage einen deutlich provokativen Gehalt zu verleihen. Dieser findet auch seine Entsprechung in der Antwort Ps: An der initialen Ablehnungsreaktion *n nee nich ganz für mich allein* in S5 zeigt sich, dass P die Frage Ts auch genau so versteht. Die daran anschließende adversative Partikel *aber* sowie das *ähm* und die fast einsekündige Pause bestätigen die Berechtigung der provokativen Nachfrage, die sich in diesem Zusammenhang auch als Konfrontationsfrage bezeichnen ließe. Mit dieser Reaktion stellt sich heraus, dass T hier offenbar einen wichtigen Ansatzpunkt für die therapeutische Arbeit gefunden hat. Das auffällige Zögern Ps und die sich abzeichnende Unentschlossenheit in der Formulierungsweise *ja irgendwie (0.21) vielleicht schon* deutet auf einen im Bewusstsein des Patienten noch nicht oder nur wenig geklärten Bereich hin.⁶⁰ Wie schon in den meisten der weiter oben für die anderen

⁶⁰ Allerdings ist bei dem Schließen von sprachlichen auf mentale Tatsachen Vorsicht geboten. Forschungsgeschichtlich hat diese Problematik in der Antimentalismus-Debatte Ausdruck gefunden. Einen Überblick hierzu stellt Scarvaglieri (2013, S. 81-89) dar.

Typen angeführten Beispielen fällt die Antwort Ps auch hier sichtbar ausführlich aus. Trotz mehrerer längerer Pausen entfaltet er nach und nach auf selbstexplorative Art weitere grundlegende Aspekte seines Beziehungserlebens. Dabei arbeitet er schließlich auch die Schlüsselbegriffe ‘Vertrauen’ und ‘Angst’ – letzteren auch explizit metasprachlich als *thema angst* (S5) gekennzeichnet – heraus, die potenzielle Ansatzpunkte für weitere Therapeutenhandlungen, aber auch für eine gemeinsame weitere Be- und Ausarbeitung bieten. Durch diese nachträgliche Explikation zeigt sich auch die in der Frage implizit enthaltene *agenda-setting*-Funktion (siehe hierzu Heritage 2010, S. 44-47). Mit der hyperbolischen Formulierung *ganz für sich alle! Ine haben* spricht der Therapeut die affektiv-mentale Folgereaktion einer zunächst nicht näher definierten Ursache, die indexikalisch (vgl. Linke/Nussbaumer/Portmann 2004, S. 20f.) mit präsent ist, an. Beziehungsweise, aus der Perspektive des Patienten gedacht: Ein derart extrem dargestelltes ‘Vereinnahmen-Wollen’, wie es hier sprichwörtlich in Frage steht, muss einen Hintergrund haben, der wesentlicher Teil der von T rhetorisch markant herausgestellten Problematik und somit auch ein naheliegender Gegenstand ihrer verbalen Behandlung ist. Mit dieser indirekten thematischen Setzung gelingt es dem Therapeuten, den Patienten auf Themen wie ‘Vertrauen’ und ‘Angst’ zu bringen, ohne diese selbst ansprechen zu müssen. Zudem ist der Patient durch die Offenheit des indexikalischen Hinweises frei in seiner Entscheidung sowohl ob er darauf eingehen möchte, als auch worin er die angedeutete Ursache sucht und wie er – gegebenenfalls – verbal auf diese eingeht. Mit einer einzelnen Frage werden hier tiefenstrukturell gesehen gleich mehrere Fragen aufgeworfen – nicht zuletzt auch die Frage nach einer eventuellen Rechtfertigung, zumindest aber Erklärung für die offensichtlich übertriebene ‘Unterstellung’ des Therapeuten.

Es zeigt sich also, dass nicht nur das bei *formulations* in Aussagesatzform hervorgebrachte *exaggerating* Wirkung zeigt. Auch Fragen eignen sich dazu, eine kritisch-selbstreflexive Exploration auf der Seite des Patienten zu initiieren. Dies geschieht vermittelt über eine Implikatur im Grice’schen Sinne: Allein die Tatsache, dass der Therapeut offenbar einen Grund zu einer derartigen Vermutung haben muss, gibt dem Patienten Anlass, sein subjektives Erleben im Hinblick auf diesen Grund zu hinterfragen und wirkt damit gleichermaßen provozierend auf diesen. Demnach ist in dieser Art von Frage eine ‘versteckte’, erst mittels Implikatur zu identifizierende Behauptung enthalten: nämlich die implizite Behauptung, dass es einen *Anlass* gibt, eine derart ‘übertriebene’ Frage zu stellen – welcher sodann, wenn auch formal indirekt, als eigentliches Problem in den Vordergrund rückt. Durch die ‘extreme’, ‘übertriebene’ Gestaltung ihrer Proposition erhalten *exaggerating*-Fragen pragmatisch gesehen also Behauptungscharakter. Auch hat sich in diesem Abschnitt gezeigt, dass sich in *exaggerating*-Fragen Funktionen, die primär Fragen eigen sind (*agenda-setting*), und Funktionen, die primär zum *exaggerating* gehören (therapeutisch kalkulierte Provokation, beziehungsweise *challenge*), miteinander verbinden und zusammen wirken.

4.3.5 Mischformen und Grenzfälle

Nicht alle unter den als für diese Untersuchung relevant identifizierten Fragen können eindeutig einer der bisher behandelten Kategorien zugeordnet werden. Fragen, die eine Zusammenfassung unter einem eigenen Typ für sich beanspruchen können, wird später noch gesondert Aufmerksamkeit gewidmet. Doch von solchen einmal abgesehen bleiben immer noch Fragen übrig, die zwar bestimmte gemeinsame Merkmale mit einer der vier oben behandelten Kategorien aufweisen, letztlich aber nicht eindeutig zu der jeweiligen Gruppe gehören. Dies kann daran liegen, dass die Fragen sich zu weit von der Bestimmung des jeweiligen Funktionstyps (siehe oben) entfernen – was sich meist auch entsprechend in der formalen Realisierung wi-

derspiegelt. Derartige Fragen können als Grenzfälle gelten: Fragen, deren tatsächliche Funktion so weit über die eigentliche Bestimmung einer Typ-Gruppe⁶¹ hinausreicht, dass unklar ist, ob eine solche Frage noch zu dieser Gruppe zu zählen ist. Auch kann eine Frage dadurch zum Grenzfall werden, dass ein völlig neues funktionales Element hinzukommt. Andere Fragen wiederum vereinen mehrere Funktionen in sich und treffen somit auf zwei oder mehr Funktionstypen gleichermaßen zu. Diese sind *Mischformen*, deren Zugehörigkeit zu einem einzelnen dieser Typen nicht entscheidbar ist. In manchen Fällen kommt sogar beides zusammen vor, sodass sich mindestens ein als Grenzfall einzuordnendes typologisch-funktionales Merkmal mit einem anderen solchen Merkmal überlagert. Sämtliche Möglichkeiten der Abweichung von den vier oben vorgestellten Fragetypen anhand von Beispielen zu besprechen, würde in diesem Rahmen zu weit gehen. Es sollen daher einige einschlägige Beispiele genügen, um exemplarisch einen Eindruck von der Einordnungsproblematik zu geben, die sich angesichts der vier von Weiste/Peräkylä (2013) übernommenen idealtypischen Funktionstypen stellt.

Im Umfeld des ersten Gesprächsbeispiels erzählt der Patient einige Episoden aus seiner Kindheit und Jugend. Auf die Frage des Therapeuten in S1 hin beschreibt P sein eigenes Verhalten:

T3_1, [1] (00.35:21)

1 T ((schmatzt)) wie ham sie s damals erlebt?

$$2 \quad (1.92)$$

3 P hm dass es ich permanent irgendwie **aufgekratzt** bin oder
hyperaktiv oder so: wobei des: wobei ich nich weiß ob des: ob
man des do nennen kann weil °h

[...] [Auslassung von (00.35:31) bis (00.35:53)]

4 T was hat sie denn (ganz/dann) (.) zu hause so aufgekratzt
gemacht dass sie immer wieder

5 (0.77)

6 T radau geschlagen haben?

7 (5.06)

8 P ja ich vermut dass es viel damit zu tun hatte dass mein vater
net mein intressen gestützt hat [so als]o ich (.) w::ar schon
immer als kind so dass ich viel in die natur wollte viel [°h
abenteuer in anführungszeichen erleben [und]äh (.) °h hätt mir
da gewünscht dass äh da mein vater irgendwie mehr für mich da
is un (.) des

9 T [hm]

τ [hm]

⁶¹ Dieser Ausdruck soll unterstreichen, dass zu jedem Funktionstyp eine Gruppe vieler individueller Realisierungen der prototypischen Bestimmung dieses Typs gehören, welche immer nur hinreichend ähnlich sind, um ihr Zusammenfassen unter dieser Typ-Bestimmung zu rechtfertigen. Eindeutige formale Kriterien können dies zwar erleichtern, werden jedoch in der als Ausgangsgrundlage herangezogenen Arbeit von Weiste/Peräkylä (2013) nur für manche der dort vorgestellten Typen formuliert. Für *exaggerating* beispielsweise ist gar kein festes Kriterium formuliert, und das für *highlighting formulations* beschriebene *recycling* kann sehr unterschiedlich realisiert werden, ist daher als Zuordnungskriterium nur teilweise zuverlässig. Es liegt jedoch auch in der Natur der vier von Weiste und Peräkylä herausgearbeiteten Funktionstypen, dass sich für sie schlecht handfeste formale Kriterien formulieren lassen.

- 13 T **woran würden sie merken dass es das richtige is**
 14 (1.83)
 15 P ich denk mal im großen und ganzen (.) ähm
 16 (0.72)
 17 P isses das wichtigste für mich das der beruf mir irgendwo spass
 macht un dass er mich irgendwo [**glücklich**]macht wenn ch
 [schon klar]dass kein beruf perfekt is un dass auch °h alles
 seine ähm schattenseiten hat irgenwo un nich alles spaß machen
 kann aber [°h]im großen un ganzen sollte das schon der fall
 sein
 18 T [mhm]
 19 T [**glücklich**]
 20 T [mh]
 21 (0.31)
 22 T Hm
 23 (1.01)
 24 T es kling jetzt sehr vernünftig wenn sie das so sagen

Da der mit dieser W-Frage vorliegende Grenzfall dem oben dargestellten ersten Problemfall strukturell sehr ähnlich ist, sollen zu diesem Ausschnitt hier nur die Grundzüge der darin relevant werdenden Zuordnungsproblematik dargestellt werden. Auslöser für die Therapeutenfrage ist hier der zwei Mal in Folge verwendete Begriff *s richtige* in den Äußerungen des Patienten (S1 und S3). Ts Frage in S13 nimmt diesen Begriff wieder auf, geht aber über ein bloßes *highlighting* hinaus. Wie in obigem Beispiel schon liegt das Abweichungsproblem auch hier an dem W-Fragewort: Durch das Fragewort *woran* wird die Frage bereits mit einer sehr präzisen Ausrichtung gestaltet, anders als etwa ‘wie-Fragen’. Denn als deiktischer Ausdruck ist *woran* ein Platzhalter, der in diesem konkreten Fall in Verbindung mit dem Verb *erkennen* auf bestimmte, konkret fassbare Ereignisse in Form subjektiver Erlebnismomente verweist, oder vielmehr, im Sinne einer Ausrichtung darauf zielt. Die Frage präsupponiert damit auch, dass es konkret feststellbare Indikatoren dafür gibt, ob etwas „das Richtige“ für jemanden ist oder nicht – eben in Form subjektiver Erlebnisse und der damit verbundenen Bewertungen. Dadurch aber entfernt sich die Frage sogar von dem mit *s richtige* bezeichneten Konzept selbst: Sie nimmt den Ausdruck des Patienten in erster Linie als Anhaltspunkt, um Verständnis anzuzeigen und auf patientensensitive Weise an die vorausgehenden Beiträge anzuknüpfen. Die Fragerichtung verschiebt aber den Fokus – wenn auch nur geringfügig, da es implizit weiterhin um ‘das Richtige’ geht – von dem Gegenstand *s richtige* auf seine mittelbaren Auswirkungen, indem sie nach dem ‘Woran’ fragt. Die Antwort des Patienten fällt recht ausführlich aus. Ganz dem offenen Charakter der *woran*-Frage entsprechend, bringt er über die bereits zuvor angebrachte Beschreibung *dass ich mich jeden tag dafür motivieren könnte* (S3) hinaus tatsächlich einige neue Erläuterungen der Bedeutung, die er mit dem Begriff *s richtige* verbindet, ein. Zugleich hat er aber auch Formulierungsschwierigkeiten (S15: *im großen und ganzen*, S16: Pause von 0,72 Sek., S17: *irgendwo* (2x)). Die Frage nach dem ‘Woran’ beantworten zu sollen ist offensichtlich eine Aufgabe, die von P in verstärktem Maße Anstrengungen zur aktiven Mitarbeit an der Exploration psychischer Strukturen fordert und ihn dabei womöglich auch leicht überfordert. Schließlich elaboriert P seine Antwort weiter. Dabei lässt er allmählich von der Bemühung ab, die Leerstelle möglichst exakt und treffend zu füllen, was durch den modalisierend verwendeten Ausdruck *irgendwo* angezeigt wird. Stattdessen nimmt er nun vielmehr die Gelegenheit zum Abringen seiner Gefühle und Gedanken in Bezug auf das Thema ‘Beruf’ wahr, liefert damit aber genau die Art von therapeutischem Material, die an dieser Stelle relevant wird. Auf die Frage nach einem ‘Indikator’ (*woran würden sie merken*) antwortet der Patient indirekt mit einer Erläuterung seiner Prioritäten (*isses das wichtigste für mich*), die allerdings als Antwort auf Ts Frage interpretiert werden kann, da sie weit-

gehend die Richtung der Frage trifft, wenn auch nicht den exakten thematischen Punkt. Die Antwort Ps in S17 scheint wieder mehr das *richtige* ins Zentrum der Aufmerksamkeit zu rücken und zu erklären, als weniger die mit *woran* erfragten Folgewirkungen, beziehungsweise Formen, in denen das *richtige* sich äußert. Mit seiner Antwort behandelt P die Frage Ts also eher wieder als *highlighting*-Frage. Doch auch er weitet seinerseits den Skopus nochmals aus, indem er die zunächst ideal angelegte Beschreibung dessen, was für ihn wichtig ist, relativiert, die Existenz von *schattenseiten* dabei anerkennt und so eine sehr differenzierte Sichtweise erkennen lässt. All das findet eine umfassende Bestätigung in der Antwort Ts in S24: Mit der Formulierung *es klingt jetzt sehr vernünftig* erkennt dieser einerseits das Bemühen Ps um Differenziertheit an, lässt aber andererseits mit der Formulierung *vernünftig klingen* (statt etwa *vernünftig sein*) offen, ob dies auch tatsächlich zutrifft. Somit wird zugleich das Bewusstsein des Bedürfnisses nach einer weiteren Bearbeitung des Themas beziehungsweise speziell auch dieser konkreten Einschätzung Ps aufrechterhalten.

Auch *rephrasing*-Fragen – oder besser: mutmaßliche *rephrasing*-Fragen – können von der eigentlichen *rephrasing*-Funktion selbst abweichen. Wie eine solche Abweichung aussehen kann, zeigt der folgende Ausschnitt. Die Patientin hat, wie im vorausgehenden Verlauf des Gesprächs klar wird, leidvolle Erfahrungen extremer Art gemacht und nicht zuletzt auch konkrete körperliche Gewalt erlebt. Daher ist der Therapeut, je mehr er Einsicht in die biografisch markanten Erlebnisse der Patientin bekommt, vermutlich um ein besonders vorsichtiges Vorgehen bemüht. Er wendet in gesteigerter Weise verbale Vorsichtsmaßnahmen zur Kontrolle über die konstant äußerst heikle Gesprächssituation an, um eine potenzielle affektive Dysregulierung der Patientin zu vermeiden. Bereits in den vorausgehenden Beiträgen, die auf die Frage des Therapeuten hinführen, wechselt das Gespräch in einen metakommunikativen Modus. Konkret geschieht dies in dem Beitrag der Patientin in S1, in dem sie die therapeutische Gesprächssituation selbst (*ihne [...] gegenüber sitzen*) thematisiert:

T2 2, (00.22:35)

1 P ((atmet aus)) also vor m jahr hätt ich ihne net [so gegenüber]
[sitzen können d][es
2 T [ok ja]
[jaja] [so verstehe ja
3 (0.36)
4 T Aha
5 (2.42)
6 T **aber is des dann (.) gut über diese dinge so zu sprechen**
7 (3.35)
8 T sie wollens gerne auch (.) teilen mit anderen und (.) nicht für sich
behalten
9 (0.4)
10 P ja es is noch auf ne gewisse art
11 T Hmm
12 P befreiend auch schämen aber auch befreien der für mich

Mit der unmittelbaren, noch simultan zum Beitrag der Patientin vollzogenen und abermals metakommunikativen Äußerung *versteh* (S2) zeigt der Therapeut sein Verstehen an und bestätigt, dass er Ps Behauptung als sinnvoll wahrnimmt. Nach einer auffällig langen Pause in S5 versucht er, die konkrete pragmatische Bedeutung des von der Patientin zunächst als äußerliches Ereignis beschriebenen ‘Gegenübersitzens’ zu explizieren: Diese besteht nämlich in dem Sprechen, das, genauer gesagt, ein Sprechen *über diese dinge* ist. Nach der vorangestellten Partikel *aber* bringt er mit dem Beginn seiner eigentlichen V1-Frage *is des dann (.) gut* (S6) eine Wertung ein, womit er sich einem emotionalen Vokabular annähert, ohne diese Wer-

tung jedoch persönlich der Patientin zuzuschreiben, beispielsweise indem er fragt *ist es für sie gut [...]* oder *tut es ihnen gut [...]*. Einerseits ‘holt’ T mit seiner Frage etwas aus der Patientenäußerung ‘heraus’, was darin bereits implizit vorhanden war, nämlich die nun metakommunikativ thematisierte Situation des Sprechens über etwas. Zusätzlich nutzt er die Frage aber auch, um einen neuen, wertenden Aspekt, wenn auch keinen ganz neuen inhaltlichen Punkt einzubringen. Dabei nimmt er jedoch eine entscheidende Veränderung vor: Während P in ihrer Bezugnahme auf einen früheren Zeitpunkt (S1: *vor m jahr*) implizit die Schwierigkeit andeutet, die sie zu dem Zeitpunkt mit dem Sprechen über gewisse Themen verband, transformiert T den Gehalt von Ps Äußerung in zweierlei Hinsicht: zunächst bleibt der durch den deiktischen Ausdruck *dann* hergestellte Zeitbezug sehr vage und verweist zunächst vor allem auf die zeitliche Allgemeinheit der Situation, nach dem Muster ‘i m m e r dann, wenn’. Der zweite und entscheidende Perspektivwechsel, den T vornimmt, ist, dass er die von P implizit ange deutete negative beziehungsweise als problematisch zu charakterisierende emotionale Bewertung in die Projektion der explizit positiven Bewertung *gut* transformiert. Dass es sich um einen brüchigen Anschluss handelt, markiert auch die Partikel *aber* (S6). Angesichts des Ausbleibens einer Reaktion Ps schließt T nach einer weiteren langen Pause eine *rephrasing formulation* (S8) an seine Frage an, die jedoch nicht so sehr den Beitrag der Patientin als vielmehr die Frage des Therapeuten nochmals neu formuliert. Anders als in S6 werden die darin enthaltenen emotionalen Bewertungen der Patientin dieses Mal auch persönlich zugeschrieben (S8: *sie wollens gerne auch (.) teilen mit anderen und (.) nicht für sich behalten*). In ihrer Antwort (S10ff.) bleibt P auch auf der vom Therapeuten eröffneten emotionalen Ebene des Sprechens und geht auf ihr persönliches Erleben ein; mit den Gefühlsausdrücken *befreiend* und *schämen* beschreibt sie, wie sie das Kommunizieren über ihre Erlebnisse emotional empfindet beziehungsweise bewertet. Dies kann als Bestätigung für den *rephrasing*-Charakter der Handlung des Therapeuten gewertet werden, wobei allerdings als Einschränkung der kombinierte Charakter dieser Therapeutenhandlung zu beachten ist, welche die *formulation* in S8 an die Frage in S6 anbindet. Letztlich lässt sich zumindest bei der Frage in S6 aber nicht eindeutig von *rephrasing* sprechen. Es sind, noch einmal zusammengefasst, vor allem zwei Eigenschaften, die diese Frage vom Standardfall des *rephrasing* abheben: Das eine, was diese Frage zum Grenzfall macht, ist der Wechsel von einer implizit negativen zu einer explizit positiven Bewertungsperspektive. Der zweite Grund für den Sonderstatus dieser Frage ist ihr metakommunikativer Charakter. Weniger als dass hier direkt schon emotionale Erlebniserzählungen elizitiert werden sollen, geht es hier vielmehr um ein grundsätzliches Prüfen, ob die therapeutischen Voraussetzungen für ein derartiges Sprechen über das emotionale Erleben überhaupt gegeben sind. Dieses Prüfen bringt zwar seinerseits auch wieder das emotionale Erleben ins Spiel, dessen verbale Behandlung hier jedoch vielmehr zweiter Ordnung ist.

4.4 Weitere Fragetypen

Bei der bisherigen Analyse wurde von den vier Funktionstypen, wie Weiste/Peräkylä (2013) sie für *formulations* definieren, ausgegangen. Diese haben sich als auf therapeutische Fragehandlungen übertragbar erwiesen. In dem untersuchten Gesprächskorpus lassen sich aber nicht nur Fragen dieser Funktionstypen oder solche, die funktional nahe an einen dieser Typen herankommen, finden. Es kommen auch Fragen mit einer ganz eigenen funktionalen Ausrichtung vor. Insgesamt bietet sich ein breites Spektrum von Fragefunktionen dar, wie bereits 4.1 gezeigt hat. Nur einige davon kommen mit einer systematischen Regelmäßigkeit vor und weisen einschlägige gemeinsame Eigenschaften auf, sodass sie sich unter einem eigenen Funktionstyp zusammenfassen lassen. Zwei solcher Typ-Gruppen sollen im Folgenden vorgestellt werden. Die bisher behandelten Fragetypen sind retrospektiv ausgerichtet, sowie sie die vo-

rausgehende Äußerung des Patienten aufgreifen und auf jeweils bestimmte Weise therapeutisch umgestalten. Bei den zwei nun folgenden Typen kommen hingegen auch prospektive Momente hinzu. Bei beiden dieser Typen spielt außerdem die Kooperation zwischen Therapeut und Patient eine wichtige Rolle, da diese Fragen verstärkt und oft auch explizit die Mitarbeit des Patienten fordern. Wie dies im Einzelnen aussieht, gilt es nun unter Einbezug einiger Beispiele für den jeweiligen Typ zu erläutern.

4.4.1 Lösungsorientierte Fragen⁶²

Den ersten der beiden so bisher noch nirgends identifizierten therapeutischen Funktionstypen bilden Fragen, die auf eine zentrale Aufgabe der Therapie abheben: nämlich die Erarbeitung einer Lösung für das Problem, beziehungsweise für ein bestimmtes der komplex miteinander zusammenhängenden Probleme des Patienten. Solche Fragen sind zum einen besonders stark *prospektiv* orientiert. Das Aufgreifen eines zuvor behandelten Problems ist nur noch implizit, als Ausgangspunkt für die Lösungsfindung relevant. Mit dem prospektiven Charakter lösungsorientierter Fragen geht auch ein stark *projektiver* Charakter des Sprechens einher. Die Lösungsmöglichkeiten, die in Erwägung gezogen und verhandelt werden, sind stets hypothetisch, insofern sie auf die Zukunft bezogen und erst noch zu realisieren sind. Damit machen lösungsorientierte Fragen auch auf ein zentrales Verdienst der Psychotherapie aufmerksam, welches darin besteht, dass in einem geschützten Rahmen gedanklich wie sprachlich mit verschiedenen Szenarien und eben auch Lösungsmöglichkeiten ‘experimentiert’ werden kann, ohne die Konsequenzen fürchten zu müssen. Die therapeutische Beziehung ist von einer Art, die dem Patienten eine gewisse Grundsicherheit gibt – Pawelczyk (2011) spricht auch von „safety of the therapeutic alliance“ (ebd., S. 7) beziehungsweise „safety of the relationship with the therapist“ (ebd., S. 10). Patienten sind sich in ihrem Handeln bewusst, dass die Einrichtung des therapeutischen Gesprächs eben gerade dazu da ist, ihnen einen Gesprächspartner an die Seite zu stellen, dessen Aufgabe und zugleich auch Verpflichtung es ist, ihnen die Gelegenheit zum offenen Sprechen zu geben, ohne sie dabei zu verurteilen (vgl. auch Sachse 1999, S. 30-33). Beim Verhandeln von Lösungsmöglichkeiten steigert sich dieser ‘Sicherheits-Effekt’ nochmals: Solange es ‘nur’ um verbale Projektionen nicht-realer ‘Gedankenexperimente’ geht, kann der Therapeut – anders als bei der Bearbeitung konfliktualer oder problematischer Erlebnisse aus der Vergangenheit des Patienten – auch etwas weniger vorsichtig vorgehen, da ja die hypothetische Distanz an sich schon schützend ist. Daher kann er unter anderem auch sehr direkte Fragen stellen. Fragen eignen sich aus mehreren Gründen für das Initiieren von Sequenzen zur Lösungsfindung. Gemäß ihrer internen sprachlichen Strukturlogik setzen Fragen generell ein Problem zur Bearbeitung aus, das in der Regel ein Wissensproblem ist: Etwas wird als nicht gewusst gesetzt und soll herausgefunden werden. Während sich diese Dynamik des Fragens in den meisten Kommunikationskontexten eher beiläufig vollzieht, wird bei lösungsorientierten therapeutischen Fragen deutlich, dass Fragen immer auch das Stellen einer Aufgabe bedeutet. Nicht zufällig wird, wenn es darum geht, Lösungen für Probleme zu finden, oft auch davon gesprochen, ‘Antworten’ auf ‘Fragen’ zu finden. Therapeuten machen sich, wenn sie Fragen einsetzen, das Prinzip der konditionellen Relevanz für ihre Zwecke zunutze. Anstatt imperativisch einen Auftrag wie etwa *Und nun formulieren Sie bitte eine Lösung für Konflikt XY!* zu geben, lässt er den Auftragscharakter indirekt, allein durch die strukturelle Anlage der Sprachhandlung ‘Frage’, deutlich werden. Dies ermöglicht ihm, auf weitaus weniger direkte Weise dasselbe Ziel zu erreichen, nämlich

⁶² Es ist entschieden darauf hinzuweisen, dass diese Namensgebung nichts mit dem Therapieansatz der Lösungsorientierten Therapie (*solution focused therapy*; vgl. auch MacMartin 2008, S. 80f.) zu tun hat.

dem Patienten klarzumachen, dass er nun eine Aufgabe zu bearbeiten hat. Der sequenzlogische ‘Auftrag’ zu antworten geht also bei lösungsorientierten Fragen Hand in Hand mit dem therapeutischen Auftrag, das mit der Frage gestellte Problem zu lösen. Es mag zunächst vielleicht verwunderlich erscheinen, dass Fragen, die auf Lösungsfindung abzielen, in OPD-Gesprächen zu finden sind. Derartige therapeutische Aktivitäten gehören in der Regel weniger zur diagnostischen Arbeit als vielmehr zu der therapeutischen ‘Kernarbeit’ in späteren Stadien des Therapieprozesses. Dennoch finden sich in OPD-Gesprächen Fragen, die darauf abzielen, mögliche Lösungen in den Blick zu nehmen. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, wie wichtig es ist, gerade auch in Gesprächen, in denen zwecks diagnostischer Aufgabenstellung hauptsächlich Problematisches und Konfliktuales thematisiert und exploriert wird, die prospektiv-positive Orientierung nicht zu kurz kommen zu lassen (vgl. auch MacMartin 2008). Gleichzeitig können mit solchen Fragen auch Informationen zu Aspekten der Achse I, z.B. nach Veränderungsvorstellungen und Ressourcen und der Achse IV, etwa zur Fähigkeit des Nutzens von Phantasien oder genereller Differenzierungsfähigkeit, oder der Achse III zu konfliktrelevanten Wünschen erhoben werden, oder sie können eine „Probedeutung“ vorbereiten. Dieser Vermutung kann aber nicht im Einzelnen nachgegangen werden. Stattdessen soll nun dem empirischen Gesprächsmaterial Raum gegeben werden, für sich selbst zu sprechen. Da lösungsorientierte Fragen oft nicht direkt erkennbar an die Vorgängeräußerungen anknüpfen, sondern vielmehr eine initiativ vom Therapeuten eingeleitete inhaltlich-thematische Wende darstellen, kann hier teilweise auch auf die Abbildung und Analyse der vorausgehenden Äußerungen verzichtet werden.

Ein erstes Beispiel veranschaulicht, wie eine lösungsorientierte Frage aussehen kann. Die Frage selbst ist zunächst so allgemein gehalten, dass sie auch ohne weitere Kommentierung sofort verständlich wird; es ist eine Frage, wie sie nahezu ohne Einschränkungen in jedem beliebigen psychotherapeutischen Gespräch eingesetzt werden könnte. Lediglich die anschließende klärende Bemerkung des Therapeuten zu den *beschwerden* (S1) des Patienten setzt der Frage ein auf das individuelle Gespräch mit dem individuellen Patienten zugeschnittenes Element hinzu:

T3_1, [2] (00.10:13)

- | | | |
|---|---|--|
| 1 | T | (wie sie) (1.25) (okay) (2.8) °h wie hätten sie_s denn gern
(1.17) wenn sie (0.74) sagen würden (0.87) was (.) was sie an
sich verändern könnten (0.61) ich mein jetzt nicht die
beschwerden des is klar |
| 2 | P | hm_hm (1.28) also ich würd (mir) gern anders sehn |
| 3 | T | ((unverständlich)) |
| 4 | | (3.24) |
| 5 | P | ähm (0.24) ob ich des jemals verändern kann dass ich (2.06) hm
hm ungern alleine bin des weiß ich nicht ((atmet ein, 1.2 Sek.))
(.) ich weiß auch nicht ob ich_s (überhaupt) also also ob ich_s
ändern will weil (0.2) +++ ich genieß des ja (wenn) ich (1.02)
leuten die mir wichtig sin irgend (wann) irgendwas zu
unternehmen oder |
| 6 | T | hm |
| 7 | T | hm |
| 8 | P | °h dass die bei mir sin oder |

Der Therapeut benutzt die konjunktivische Form, um den mit der Frage geöffneten Handlungsraum als hypothetisch zu qualifizieren. Inhaltlich richtet sich der Fokus in erster Linie auf die Wünsche des Patienten, dies kommt in der Formulierung *wie hätten sie_s denn gern*

(S1) zum Ausdruck. Die W-Frage ist als solche zunächst sehr offen. Auch durch die erst nach 1,17-sekündigem Zögern erfolgende Vervollständigung der begonnenen Konstruktion zu einem Konditionalsatzgefüge wird der Skopus nicht wesentlich eingeeengt, die Frage bleibt weiterhin offen. Der Patient soll *irgend etwas* nennen, was er gern an sich verändern würde. Die einzige Antwortvorgabe, welche die Frage macht, ist der Bezug des Veränderungswunsches auf die Person des Patienten (S1: *was sie an **sich** verändern könnten*, Hervorhebung in Fettschrift durch die Verfasserin). Abgesehen davon wird P dazu animiert, in einer verbalen Projektion, die keinen Einschränkungen wie beispielsweise der Rücksicht auf die Umsetzbarkeit oder Realitätsnähe seiner Wünsche unterliegt, völlig frei sein ideales Selbstbild darzustellen. Hier zeigt sich eine wesentliche Eigenschaft lösungsorientierter Fragen: Diese haben den Hintergrund, dem Patienten Lösungsmöglichkeiten und -perspektiven aufzuzeigen, die nicht von außen an ihn herangetragen werden, sondern von ihm selbst kommen. Wo die Therapie 'hingehen' soll und was dann auch ganz konkret als Therapieziel definiert werden soll bestimmt nicht in erster Linie der Therapeut. Ganz im Gegenteil, kann dieser gar kein sinnvolles Ziel definieren, solange er nicht weiß, was der Patient für sich selbst überhaupt als erstrebenswert annimmt. Und ein Verständnis hiervon ist am besten dadurch zu erreichen, dass der Therapeut in sprachliche Interaktion mit dem Patienten tritt. Lösungsorientierte Fragen stellen dabei ein wichtiges Hilfsmittel dar. Die Antwort des Patienten in S5 lässt wichtige Ansätze bezüglich der Prioritäten des Patienten, und hier vor allem auch, wie er diese in ein Verhältnis miteinander setzt, erkennen. Hieraus erhält der Therapeut ergänzend zu biografischen Fakten sowie das in der Therapie beobachtbare Beziehungsverhalten des Patienten auch wertvolle Hinweise auf dessen Selbstwahrnehmung und dessen Selbstverwirklichungsideale. Bemerkenswert ist an der Antwort Ps die von Beginn an skeptische, oder vielmehr: kritisch reflektierte Formulierungsweise. Nach der Ankündigung seiner Antwort in S2 und einem kurzen *ähm* in S5 leitet P seine eigentliche Antwort (ebenfalls S5) mit der Konjunktion *ob* ein. Er drückt so den Zweifel an der Möglichkeit seines Wunsches aus, noch bevor er überhaupt die Proposition, die diesen Wunsch enthält, anbringt. Der zweifache und dabei beide Male negierte Gebrauch des epistemischen Verbs *wissen* verstärkt diesen Eindruck noch (S5: [...] *des weiß ich nicht* [...] *ich weiß auch nicht* [...]). Der Patient reagiert hier also entgegen der obigen Beschreibung lösungsorientierter Fragen nicht mit einer völlig freien Projektion, sondern reflektiert differenziert und mit besonderer Berücksichtigung möglicher Widersprüche die verschiedenen Seiten des Alleinseins, beziehungsweise der Fähigkeit zum Alleinsein, welche er zum zentralen Gegenstand der projizierten Veränderungsmöglichkeit macht. Die hier vorgestellte Frage nimmt zunächst einen Wunsch des Patienten und damit das Ziel, auf welches mit der noch zu findenden Lösungsstrategie hingearbeitet werden soll, in den Blick. Damit stellt sie eine erste Stufe auf dem Weg zur Ausarbeitung einer möglichen Lösung dar, auf die in der Regel weitere Schritte folgen, welche die Möglichkeit einer Umsetzung und schließlich das 'Wie', also die konkreten Mittel dieser Umsetzung zum Inhalt haben. Auch insgesamt ist diese Frage sehr allgemein gehalten und ihre Zielrichtung noch sehr vage.

Anders verhält sich dies im nächsten Ausschnitt. An einer späteren Stelle im selben Gespräch stellt der Therapeut eine ähnliche Frage, auf die – allerdings ohne Beachtung der sequenzziellen Einbettung, welche sich ähnlich wie die im vorigen Ausschnitt gestaltet – ein kurzer Blick geworfen werden soll:

T3_1, [2] (00.35:09)

1 T (wahrscheinlicher als) er dauernd geht (.) wie (0.3) **wo können sie kompromisse machen so dass sie °hh (.) immer noch d (0.36) des machen was sie machen möchten aber (0.2) auf ne art und weise die auch möglich is für sie**

Im Vergleich zum ersten Ausschnitt hebt diese Therapeutenhandlung schon auf die nächste Stufe der Lösungssuche ab: Es geht um die konkrete Art der Umsetzung, wobei das Ziel *so dass sie [...] immer noch [...] des machen was sie machen möchten* bereits als gegeben behandelt wird. Die Lösungsorientierung kommt in dieser Frage noch deutlicher zum Ausdruck und gestaltet sich zugleich wesentlich konkreter. Dies liegt zum einen an dem vom Therapeuten eingebrachten Abstraktum *kompromisse*, mit dem der Lösungsansatz bereits vorweg näher qualifiziert wird; zum anderen an der mit *so dass sie [...]* eingeleiteten projektiven Andeutung, wie ein mögliches Ergebnis einer solchen Lösungsfindung aussehen könnte, beziehungsweise worauf diese abzielt. Durch die Gestaltung dieser W-Frage präsupponiert der Therapeut bereits, dass ein Kompromiss zu machen ist. Er gibt vor, was für eine Art von Lösung zu suchen ist – nämlich eine, die notwendigerweise auch Verzicht impliziert. Mit dem angeschlossenen *so dass*-Satz gibt er zugleich auch schon die Richtung der anschließenden gemeinsamen Bearbeitung der Lösungsfrage vor. Der erste Schritt dabei fällt der Sequenzlogik von Fragen und Antworten⁶³ zufolge stets dem Befragten, hier also dem Patienten, zu. Daher ist es angesichts des therapeutischen Gewichts des Unterfangens der Lösungssuche auch wichtig, dass der Therapeut in seiner Frage entsprechende lenkende, die Patientenantwort vorstrukturierende Weichen stellt: Mit seinen Vorgaben gestaltet er den Frageskopos. Derartige Fragen ermöglichen es dem Therapeuten, dem Patienten eine spezifisch angelegte ‘Aufgabe’ zu geben, ohne jedoch autoritär zu wirken. Durch die Frageform wird dem Patienten hier also suggeriert, dass er selbst es ist, der die zu suchende Lösung (her)ausarbeitet – und dabei eigentlich die Aufgabe der Formulierung eines lösungstauglichen Kompromisses bestimmter Art bearbeitet.

Ein letztes Beispiel für eine lösungsorientierte Frage zeigt, wie die Aufgabe der Lösungsfindung schrittweise angegangen wird. Der folgende Gesprächsausschnitt setzt an einer Stelle ein, an welcher der Therapeut zunächst ein *agenda-setting* vornimmt (S1-5). Er formuliert das, was zu tun ist (S1-5: *nach [...] möglichkeiten zu suchen wie [...]*) explizit als Aufgabe (S1: *dann wärs wichtig*) und bereitet damit die weitere Arbeit der Lösungsfindung vor. Mit dem bestätigenden *ja* in S7 erkennt die Patientin diese Zielsetzung an. Sie beteiligt sich daraufhin auch gleich aktiv an der Ausarbeitung, indem sie das von T gesetzte, aber noch sehr unbestimmte Desiderat *mehr gutes* (S5) weiter konkretisiert: Mit den Ausdrücken *vertrauen* (S11f.), *zuversicht* (S11), *ich[-]gefühl* (S15ff.) und *selbstwertgefühl* (S17) nennt sie gleich eine ganze Reihe positiv formulierter Ziele. In S21 scheint der Progress in Richtung einer Lösung jedoch kurz zu stagnieren. Die Patientin kommt wieder auf den Ist-Zustand zurück (S21: *ich weiß dass ich (.) außen [...] net so wirke*), wodurch die prospektive Orientierung im Hinblick auf mögliche Lösungen vorübergehend aus dem Blick gerät. Daraufhin wird die verbale Weiterarbeit an der Lösungsfindung einige Sekunden lang sogar ganz ausgesetzt, was an dem Abbruch in S24 und den darauf folgenden Pausen in S27 und S29 zu sehen ist. In S30 setzt der Therapeut schließlich mit seiner Frage ein.

T2_2, (00.47:58)

- 1 T dann wärs wichtig nach
- 2 (0.28)
- 3 T möglichkeiten zu suchen wie sie
- 4 (2.01)
- 5 T wie sie des verhindern können wie sie mehr (.) gutes in sich hinein
(.) bekommen
- 6 (1.21)
- 7 T Ja

⁶³ Gemeint ist hiermit das Prinzip der konditionellen Relevanz. Siehe hierzu auch 1.3.

8 (1.32)
 9 T Zuv
 10 (0.2)
 11 T äh vertrauen mehr (.) zu[versicht]
 12 P [mehr vertr]auen ja
 13 (0.26)
 14 T mhh]
 15 P m_hm]und mehr ich
 16 (0.4)
 17 P [gefühl]°hh mehr selbstwertgefühl ja
 18 T [ja]
 19 T (.) m_hm
 20 (0.68)
 21 P ich weiß dass ich (.) außen (.) zu den leuten net so wirke dass ich
 (.) kein selbst[wertgefühl habe]aber
 22 T [mhhh]
 23 (0.31)
 24 P [es is]so
 25 T [mhh]
 26 T (.) m_hm
 27 (2.59)
 28 T m_hm
 29 (3.74)
 30 T **was meinen sie auf welchem weg man (.) +++ sowas**
 31 (0.24)
 32 T **gewinnen kann für sich**
 33 (0.91)
 34 P °h
 35 (1.58)
 36 P ((atmet ein)) eigentlich mehr ans ich denken a[ber hh°
 37 T [mhh
 38 (0.24)
 39 P ich kanns noch net

Der Therapeut spricht die Patientin mit dieser Frage direkt an (S30: *was meinen **sie***, Hervorhebung in Fettschrift durch die Verfasserin), wechselt dann jedoch in die impersonale Form *man* (ebd.). Mit dem Korrelat aus dem einleitenden W-Fragewort *was* (ebd.) und der adverbialen Bestimmung *auf welchem weg* (ebd.) eröffnet er die von der Patientin auszufüllende Leerstelle. Das Substantiv *weg* macht dabei klar, dass nun nicht mehr der Inhalt, sondern die Mittel und die Umsetzungsweise des zuvor erklärten therapeutischen Lösungsfindungs-Ziels gemeint sind. Die Patientin bekommt also den Auftrag, Vorschläge zu formulieren, wie die zuvor von ihr selbst eingebrachten konkreten Lösungsziele erreicht werden können. Nach längerem Pausieren (S33ff.) setzt P zu einer Antwort an, die sie jedoch gleich mit dem Modaladverbial *eigentlich* einleitet. Darin drückt sich die Diskrepanz zwischen dem Bewusstsein der Notwendigkeit der betreffenden Maßnahme und dem gleichzeitigen Wissen um die Schwierigkeit der Umsetzung aus. Kurz später expliziert P mit den Worten *ich kanns noch net* (S39) den auf dem Weg zur Lösung von ihr wahrgenommenen Handlungswiderstand und bestätigt so, was sich in dem modalen Ausdruck *eigentlich* ankündigt. Dennoch ist allein schon mit dem Aussprechen dessen, was zu tun wäre, etwas für die therapeutische Arbeit gewonnen. Der abgebildete Gesprächsabschnitt und die darin eingebettete Frage zeigt, wie Therapeut und Patientin zusammen Schritt für Schritt auf eine dabei immer konkreter werdende Lösung hinarbeiten. Auch zeigt die Frage, wie Therapeuten versuchen, positive Formulierungen von Lösungsmöglichkeiten, sowohl hinsichtlich der Ziele als auch der Umsetzung, in das Gespräch einzubringen. Insbesondere werden Patienten wie im obigen Ausschnitt dazu angeregt, selbst positive Lösungsansätze und -pläne zu formulieren. Durch das Einüben eines

solchen Formulierens positiv lösungsorientierter Gedanken und Handlungspläne kann sich dann im Patienten – idealerweise – auch eine Kompetenz der selbstständigen Lösungsarbeit ausbilden. Dazu ist es wichtig, dem Patienten zunächst Hilfestellung bei dieser Formulierungsarbeit zu leisten, was in Form elizitierender Gesprächspraktiken wie eben Fragen geschieht. Ganz nach dem Prinzip ‘Hilfe zur Selbsthilfe’ lernen Patienten so mit der Zeit vom Therapeuten und aus der Interaktion mit ihm, wie sie sich selbst bestimmte Fragen stellen können, die ihnen bei der Erarbeitung einer Lösung helfen. Ein wichtiger Beitrag lösungsorientierter Fragen ist dabei auch, Vertrauen des Patienten in die eigenen Fähigkeiten und Ressourcen zu wecken, ihm aufzuzeigen, dass er bereits über ein – mehr oder weniger bewusst ausgeprägtes – ‘Lösungswissen’ verfügt und dieses nunmehr nur noch aktivieren beziehungsweise einen Zugang dazu schaffen muss. Die Frage in S30ff. und gerade auch das Stellen der Frage selbst präsupponiert, dass die Patientin bereits eine Idee davon hat, wie sie an Lösungen für ihre Probleme arbeiten kann. Ähnlich wie bei Fragen in lösungsorientierter Psychotherapie (vgl. MacMartin 2008, S. 82f.) wird auch hier die strukturelle ‘Tiefe’, mit welcher W-Fragen präsuppositionale Gehalte einbetten, vom Therapeuten strategisch genutzt.

4.4.2 Fragen zur kollaborativen Erklärungsfindung

Eines der Ziele von Psychotherapie und zugleich Grundlage für die Arbeit an Problemen ist die Entwicklung eines Verständnisses dieser Probleme. Nach dem Therapiemodell Wampolds gehört es zu den zentralen Bestandteilen der Psychotherapie, dass „eine psychologische Erklärung der Störung, des Problems oder der Beschwerden“ vorliegt (Lutz 2010, S. 31). Die theoretischen Erklärungsinstrumente in Form psychologischer Modelle sowie die Fähigkeit zu deren professioneller Anwendung liegen klassischerweise beim Therapeuten. Nun ist es aber in psychotherapeutischen Gesprächen nicht wie in körpermedizinischen Arzt-Patient-Gesprächen der Fall, dass die Arbeit an der Erklärungsfindung überwiegend bei einem professionell ausgebildeten Gesprächsleiter liegt. Stattdessen darf und soll der Patient sich sogar an dieser therapeutischen Verstehensarbeit beteiligen. Der Patient kann an der psychologischen Erklärungsfindung selbstverständlich nicht als gleichberechtigter Akteur teilnehmen, da ihm das dazu nötige professionelle Wissen fehlt. Die Möglichkeiten des Therapeuten in seiner Qualität als Gesprächsleiter, den Patienten an Erklärungsfindungsprozessen zu beteiligen, sind also eingeschränkt. Oft ist es aber gar nicht so sehr die Suche nach der psychologischen Erklärung selbst, die im Vordergrund steht, sondern vielmehr ein gleichsam pädagogischer Zweck, den der Therapeut verfolgt: Gerade auch der Patient soll in Grundzügen, auf eine ihm selbst zugängliche Weise, ein Verständnis seiner Probleme entwickeln. Dies ist ein wichtiger Bestandteil der Bewusstmachung von bis dahin für den Patienten undurchschaubaren Prozessen, Strukturen und Mustern. Er soll bisher nicht beachtete beziehungsweise nicht reflektierte Zusammenhänge verstehen, um so einen bewussten, reflektierten Umgang mit seinen Problemen zu erreichen und sich auch insgesamt neue Gestaltungsmöglichkeiten seines Denkens und Handelns erschließen. Und, besonders wichtig: Er soll die Art und Weise des therapeutischen Dialogs internalisieren, um im besten Falle langfristig „sein eigener Therapeut“ zu werden. In diesem Sinne muss der hier vorzustellende Frage-Funktionstyp verstanden werden. Eine Namensgebung für einen solchen Typ ist allerdings schwer, da im Grunde jede Therapeutenhandlung mehr oder weniger mittelbar im Dienst der Erklärungsbildung steht, und ebenso auch jede interaktive Sequenz zwischen Therapeut und Patient mehr oder weniger direkt an der Suche nach Erklärungen beteiligt sein kann. Auch formal gibt es keine fest definierten Kennzeichen für die Zugehörigkeit zu diesem Typ. Ein die Aufgabe der Erklärungsfindung explizit charakterisierendes Wort wie ‘Theorie’ (im ersten Beispielausschnitt) oder ‘Ahnung’ (im zweiten Ausschnitt weiter unten) kann, muss aber nicht vorkommen. Und wenn

derartige Begriffe vorkommen, variieren diese sehr stark, wie schon allein diese beiden Beispiele zeigen. So ist auch denkbar, dass der Therapeut fragt *Was denken Sie, warum [...]* oder *Was glauben Sie warum [...]*; er kann ganz explizit fragen *Haben Sie eine Erklärung hierfür?*, genauso kann er aber auch nach einer ‘Vermutung’ oder eben einer ‘Ahnung’ fragen. Gemeinsam ist allen Fragen dieses Typs jedoch, dass sie den Patienten in einen Erklärungsbildungsprozess miteinbeziehen: Der Patient wird mit der jeweiligen Frage direkt angesprochen.⁶⁴ In all diesen Fällen ist – sprichwörtlich – die eigene Einschätzung des Patienten gefragt. Auch haben alle Fragen dieses Typs gemeinsam, dass die Aufgabe der Suche nach einer Erklärung sprachlich als solche gekennzeichnet wird. Sie enthalten in der Regel mindestens einen Ausdruck, der eine erkennbare Nähe zum Wortfeld ‘Erklärung’/‘Theorie’ aufweist und so das Ziel der Erklärungsfindung auch auf der sprachlichen Oberfläche transparent macht. Daher sollen Fragen, welche die hier beschriebene Funktion erfüllen, ‘Fragen zur kollaborativen Erklärungsfindung’ genannt werden. Es muss aber nochmals betont werden, dass diese ‘kollaborative Erklärungsfindung’ auch völlig unabhängig von der professionellen psychologischen, theoriebasierten Erklärungsfindung des Therapeuten sein kann. Die Bezeichnung ‘kollaborative Erklärungsfindung’ wurde anhand eines wiederkehrenden sprachlichen Funktionsmusters entwickelt und ist in eben diesem Sinne vielmehr als Beschreibung dessen, was sich auf der sprachlichen Oberfläche als Handlungsschema erkennen lässt, gedacht. Ob beziehungsweise in welcher Hinsicht ein Therapeut die im Anschluss auf seine Fragen vom Patienten erhaltenen Einschätzungen oder Erklärungsvorschläge tatsächlich auch für seine eigene theoriegestützte Erklärungsfindung nutzt, ist für die hier vorgenommene linguistische Typologisierung irrelevant.

Ein erstes Beispiel zur Veranschaulichung findet sich in einem Gespräch, in welchem der Patient immer wieder seine Erfahrungen mit gescheiterten Beziehungen und gerade auch mit dem Scheitern selbst einbringt. Es handelt sich also um ein sowohl im Leben des Patienten als auch in dem vorliegenden Therapiegespräch nahezu durchgängig präsent Thema beziehungsweise Problem. An der im Folgenden abgebildeten Stelle kommt der Patient auf sein *ZIEL* (S3) zu sprechen; er projiziert im Nachhinein sein Leben, wie er es sich idealerweise vorgestellt hätte:

T1_3, (00.11:45)

- | | | |
|----|----------|--|
| 1 | P | des war abe:r so immer mein |
| 2 | | (0.87) |
| 3 | | mein ZIEL so: ähm mit spätestens DREIßisch ä:h |
| 4 | | (0.31) |
| 5 | | familie und ZWEIdrei kinder |
| 6 | | °h |
| 7 | T | hm |
| 8 | | ((Einatmen, 1.48 Sek.)) |
| 9 | | °hh |
| 10 | | (0.63) |
| 11 | | ham sie SELber so ne |
| 12 | | (2.76) |
| 13 | | (hm s_is) vielleicht ne schwierige frage=aber ham sie selber ne |
| | | hm theORIE warum das für SIE so schwER is |
| 14 | | (2.81) |
| 15 | P | was= |
| 16 | T | =was (.) [äh:] das zu erreichen also: |

⁶⁴ Dies gilt selbst dann, wenn in der Frage des Therapeuten keine pronominale Anredeform vorhanden ist – wie beispielsweise in dem Fragesatz *Was könnte eine Erklärung dafür sein?* im Vergleich zu der Variante *Was, glauben Sie, könnte eine Erklärung dafür sein?*, in der die direkte Anrede mit dem Personalpronomen *Sie* realisiert ist.

- 17 °hh
 18 sie Sagen ja so sie sind
 19 °h (.)
 20 in (dem/ihrem) letzten (x) pa:rtnerschaft(s) ham sie sich (--)
 eigentlich ausgeBEU:tet gefühlt im nachhinein
 21 °hhh h° (ja)
 22 (un) weiß nich wie_s vo:rher in andern partnerschaften wa:r
 deswegen
 23 [mehr so die allgeMEIN die FRage]
 24 P [s s s s äh so ähnlich j]
 25 T ja
 26 P (.) so ähnlich ja

Die Diskrepanz zwischen den Wünschen und Zielen des Patienten auf der einen und den von diesem geschilderten tatsächlichen Erfahrungen auf der anderen Seite gibt dem Therapeuten Anlass zur Intervention. Die Art der Gestaltung der Therapeutenfrage in S11ff. ist gleich in mehrerer Hinsicht auffällig. Der Therapeut beginnt mit der Formulierung einer V1-Frage (S11), bricht diese jedoch vorerst wieder ab, worauf ein auffälliges, 2,76-sekündiges Zögern folgt. Daraufhin geht er sein Fragevorhaben anders an, indem er die folgende Frage zunächst einmal metakommunikativ ankündigt und als *schwierige frage* (S13) qualifiziert. Der Patient kann sich so schon einmal auf die erhöhten Anforderungen, welche die Frage in kognitiver Hinsicht vermutlich an ihn stellen wird, einstellen. Mit dieser Ankündigung wird bereits im Voraus sichergestellt, dass der Patient nicht unangenehm von der Frage ‘überrascht’ wird. Mögliche Schwierigkeiten, die der Patient beim Antworten haben und vor allem auch sprachlich zeigen könnte – wie beispielsweise Formulierungsschwierigkeiten, die mit Abbrüchen und längeren Pausen einhergehen –, werden bereits im Voraus als akzeptabel gesetzt. Der Patient wird bezüglich seiner Antwortverpflichtung entlastet, was ihm die Reaktion erleichtert. Zugleich wird es aber dadurch auch schwieriger für den Patienten, nicht zu antworten: Mit der Ankündigung in S13 antizipiert der Therapeut ein mögliches – und durchaus nicht unübliches – Ausweichen des Patienten mit einer Klage über die Schwierigkeit der Frage, wie MacMartin (2008, S. 89f.) am Datenmaterial aus ihrer Studie nachweist.⁶⁵ Mit dem überleitenden *aber* kommt T dann wieder auf seine Frage zurück. Er nimmt die in S11 begonnene und abgebrochene Formulierung wieder auf und fragt P nach dessen eigener *theorie*. Als Gegenstand dieser Theorie ergänzt er *warum das für SIE so schwER ist*, womit zugleich der Skopus der Frage gesetzt ist. Mit dem W-Fragewort *warum* erweitert sich auch die Fragedimension; die Gesamtstruktur der Frage wird gegenüber der zu Beginn der Frage angesetzten V1-Fragestruktur komplexer. Sobald das *warum* ins Spiel kommt, wird klar, dass es inhaltlich sogar im Kern um dieses *warum* geht. Der einbettende V1-Matrixsatz behält jedoch weiterhin seine Relevanz, da nur so der Patient direkt angesprochen werden kann, wie es für Fragen zur kollaborativen Erklärungsfindung typisch ist. Dies wäre bei einer alternativen Konstruktion als reine W-Frage wie beispielsweise *Warum ist das für Sie so schwer?* nicht möglich. In den beiden einander verwandten Wörtern *schwierig* und *schwer*, deren semantischer Gehalt aufgrund der Doppelung die Äußerung dominiert, schlägt sich der insgesamt – sowohl auf kommunikativer als auch auf inhaltlicher Ebene – problematische Gehalt der Äußerung nieder. Bemerkenswert ist auch noch die nachträgliche Klärung dessen, was mit der Frage gemeint ist. In Ts Äußerung *warum **das** für SIE so schwER ist* (Hervorhebung in Fettschrift durch die Verfasserin) bleibt zunächst unklar, worauf *das* genau referiert. Der Patient sieht sich durch

⁶⁵ MacMartin befasst sich zwar speziell mit ‘optimistischen Fragen’ (*optimistic questions*). Die Beobachtung, dass Klagen über die Schwierigkeit von Fragen grundsätzlich eine Strategie von Patienten mit dem Ziel, ihrer Antwortverpflichtung auf Fragen auszuweichen, darstellen können, ist jedoch auch hiervon unabhängig gültig.

die Unbestimmtheit der Therapeutenfrage veranlasst, nochmals nachzufragen (S15: *was*) und den Bezug der Frage zu klären, damit er überhaupt eine sinnvolle Antwort geben kann. Interessanter als die hier nicht mehr abgebildete Antwort Ps sind jedoch die durch seine Nachfrage ausgelösten Folgeäußerungen des Therapeuten, mit denen er seine Frage erklärt. Denn darin offenbart sich auch der therapeutische Zweck, beziehungsweise vor allem auch der kommunikative Charakter der vorangehenden Frage aus S11ff. Mit der Formulierung *sie Sagen ja so* in S18 macht T zunächst deutlich, dass seine Frage von einem konkreten Auslöser im vorausgehenden Sprechen Ps ausgeht und markiert zugleich die Patientenorientierung seines Sprechens. Was dann folgt, ist eine vermeintlich bloße Wiedergabe von Teilen der vorausgehenden Patientenerzählung. Tatsächlich ist es eine Reformulierung mit interpretativem Gehalt, welcher dadurch entsteht, dass mit der Formulierung *weiß nicht wie_s vo:rher in andern Partnerschaften wa:r* (S22) indirekt der Verdacht geäußert wird, dass es sich bei dem Gefühl des 'Ausgebeutet-Werdens' um ein rekurrentes Muster handeln könnte. Hierdurch erscheint auch die Frage in S11f. in einem anderen Licht. Die durch Ps Nachfrage *was* (S15) ausgelöste Einschubsequenz hat, wie bereits zuvor angedeutet, die Funktion einer Referenzklärung, welche durchzuführen nötig ist, damit auch die Frage-Antwort-Sequenz zu Ende ausgeführt werden kann. T behandelt die Nachfrage Ps zunächst auch als Referenzklärungs-Frage: Er spezifiziert seine Frage mit dem Zusatz *das zu erreichen* (S16), welcher syntaktisch direkt an seine vorige Frage in S13 anschließt. Für eine reine Referenzklärung würde der Zusatz *das zu erreichen* auch schon genügen. T expandiert jedoch seinen – daraufhin nur noch scheinbar im Dienste der Referenzklärungsaufgabe stehenden – Beitrag um weitere Beiträge. Eigentlich aber macht der Therapeut selbst schon einen Antwortvorschlag – oder gibt zumindest einen Hinweis darauf, wo eine mögliche Antwort der Richtung nach hingehen könnte. Er nimmt somit die Antwort des Patienten vorweg – beziehungsweise zeigt, was der Patient hätte antworten können. Denn in seinen Expansionen infolge der Referenzklärung beginnt T selbst damit, die *theoRIE*, nach der er den Patienten fragt, auszuarbeiten. Dass damit die kollaborative Seite der Erklärungsfindung 'gescheitert' ist, lässt sich daraus aber nicht ableiten. Der Therapeut expandiert zunächst seine Referenzklärung weit über das an der Stelle für den Klärungszweck nötige Maß hinaus. Obwohl er damit eine Antwort Ps bereits weitgehend überflüssig macht, erneuert er aber schließlich mit der Äußerung *deswegen mehr so die allge-MEIN die FRAGE* (S22f.) die Gültigkeit seiner Frage und zeigt an, dass für ihn die mit der Frage in S11ff. begonnene Sequenz noch nicht abgeschlossen ist. Er spricht noch einmal metakommunikativ die zuvor gestellte Frage an und signalisiert P seine Antworterwartung. Dieser antwortet an der Stelle jedoch nur noch knapp mit (.) *so ähnlich ja* (S26). Es könnte angesichts dieser Beobachtungen so scheinen, als ob der Therapeut hier seine eigene Frage sozusagen bereits auf dem Weg zur Antwort 'unwirksam' macht, sodass der Patient gar nicht mehr in vollem Umfang an der kollaborativen Erklärungsfindung teilhaben kann. Ein solches Fazit würde jedoch ein verkürztes Verständnis dieses Fragetyps bedeuten. Der Therapeut kann seine Frage dennoch sinnvoll nutzen, wenn auch die Aufgabe der Erklärungsfindung nur dem Anschein nach gegeben wird und tatsächlich anderen therapeutischen Zwecken dient. An diesem Beispiel zeigt sich nämlich, dass Fragen zur kollaborativen Erklärungsfindung nicht unbedingt an den Zweck gebunden sind, die professionelle psychologische Erklärungsfindung des Therapeuten zu unterstützen. Mit der Frage in S11ff. macht er den Patienten zunächst einmal vor allem auf die Diskrepanz zwischen dessen Zielen und deren Umsetzung auf-merksam, womit schon etwas für die therapeutische Arbeit gewonnen ist. Es liegt indirektes Sprechen vor: Die Frage dient oberflächlich gesehen zur Erklärungsfindung, tatsächlich aber dazu, die Schwierigkeit des Patienten, in seiner Lebensgestaltung die Realität mit seinen Wünschen zur Deckung zu bringen, zu reflektieren und damit auch zu problematisieren. Bei alledem handelt es sich aber weiterhin um eine Frage, die dem Patienten auf der sprachlichen Oberfläche den Eindruck einer kollaborativen Erklärungsfindung, in die er miteinbezogen

wird, gibt. Und gerade dieser sprachlich *displayte* Eindruck ist es, welcher die Funktion von Fragen zur kollaborativen Erklärungsfindung ausmacht.

Eine weitere Frage dieses Typs soll das Bild aus der der bisherigen Beschreibung ergänzen, wobei hier jedoch auf den Einbezug der sequenziellen Einbettung verzichtet wird. Es sollen lediglich die Merkmale der Therapeutenhandlung selbst im Vordergrund stehen, die daher isoliert für sich abgebildet wird. Der Hintergrund zu folgendem Ausschnitt sei daher vorab kurz erläutert: Bis zu dieser Stelle dreht sich das Gespräch thematisch fast ausschließlich um die Themen ‘Ausbildung’ und ‘Beruf’. Der Patient berichtet von seinem Bildungswegdegang. Er erzählt, dass er seine Ausbildung als schwierig erlebt hat. Er berichtet von immer wiederkehrenden Ängsten, nicht mit den anderen mithalten zu können, weshalb er glaubt, sich ständig weiterbilden zu müssen. P erklärt, dass nach eigener Einschätzung seine Selbstwahrnehmung in Bezug auf seine Stärken und Schwächen letzteren zu viel Gewicht einräumt. Der folgende Ausschnitt zeigt die Reaktion des Therapeuten hierauf:

T3_1, [1] (00.10:31)

- | | | |
|----|---|---|
| 1 | P | da sin sie ganz schön |
| 2 | | (1.04) |
| 3 | P | hart mit sich |
| 4 | | (0.46) |
| 5 | T | [(++++)] |
| 6 | P | [ja] |
| 7 | | (4.5) |
| 8 | T | ham sie ne ahnung womit diese härte |
| 9 | | (0.58) |
| 10 | T | sich selbst gegenüber (.) zusammenhängen mag |
| 11 | | (1.84) |
| 12 | T | irgendne vermutunk |

An diesem Beispiel zeigt sich abermals, wie Fragen in Kombination mit *formulations* eingesetzt werden. Mit der *rephrasing formulation* (S1ff.: *da sin sie ganz schön (1.04) hart mit sich*) konstatiert er seinen Eindruck vom Verhalten des Patienten sich selbst gegenüber, beziehungsweise von dessen Art, sich selbst zu bewerten. Dem stimmt der Patient auch zu, und zwar auf knappstmögliche Weise mit der Antwortpartikel *ja* (S6). Auf dieser Basis baut T seine Frage zu einer Frage mit ‘Erklärungsfindungs-Charakter’ aus. Nach einer auffällig langen Pause in S7, die P offenbar nicht nutzt, um selbst weiterzusprechen, schließt T an seine *rephrasing formulation* an. Dabei übernimmt er direkt die kurz zuvor von ihm selbst eingebrachte und von P ratifizierte Proposition des ‘Hart-mit-sich-Seins’ und gibt sie in leicht veränderter Form, nämlich als Substantiv (S8: *härte*) in Verbindung mit dem bestimmten Artikel (ebd.: *diese*) wieder. Auch hier wird, ähnlich wie es weiter oben schon an Beispielen für die anderen Typen gezeigt wurde, eine V1-Frage (ebd.: *ham sie ne ahnung*) mit einer W-Fragekomponente (ebd.: *womit [...]*) kombiniert. Interessant ist aber unter dem Gesichtspunkt der hier angestrebten Typbeschreibung vor allem, dass T den Patienten nach einer eigenen Einschätzung dazu fragt, *womit diese härte [...] zusammenhängen mag* (S8ff.). Um dieses Elizitieren einer Erklärung beim Patienten explizit zu markieren – er könnte ebenso fragen *Womit hängt diese Härte [...] zusammen?* –, benutzt er neben der Frageform selbst die Ausdrücke *ahnung* (S8) und *vermutunk* (S10). Den attributiv mit *irgendne* (S10) versehenen Ausdruck *vermutunk* ergänzt T allerdings erst im Nachhinein, als die ursprünglich von ihm gestellte Frage in S8ff. syntaktisch bereits abgeschlossen ist. Dieser Zusatz wäre hinsichtlich des reinen Verstehensmanagements nicht nötig, bekräftigt aber, dass die Einschätzung des Patienten selbst gefragt ist und dass hier seine Mitarbeit in Form von Selbstexploration und darüber

hinaus auch aktiven Verstehensanstrengungen in Bezug auf seine Probleme gefordert ist. Der Vagheitsausdruck *irgendne* hat eine ähnliche Funktion wie schon der Zusatz *is vielleicht ne schwierige frage* im Beispiel weiter oben: Er soll P aus der Pflicht nehmen, eine ‘perfekte’ Antwort beziehungsweise Erklärung geben zu müssen und ihm so die Antwortaufgabe erleichtern, zugleich aber präventiv ein mögliches ‘Herausreden’ Ps unterbinden und so eine Antwort unausweichlich machen. Im Vergleich zum ersten Beispiel liegt hier jedoch allein schon durch die Semantik der Ausdrücke *ahnung* und *vermutunk* ein stärkeres Augenmerk auf dem intuitiven Zugang des Patienten zu seiner eigenen Person, welcher erschlossen werden soll. Es wird weniger der Eindruck erweckt, der Therapeut beziehe den Patienten in seine professionelle Erklärungsfindung mit ein. Dem Patient wird aber weiterhin schon allein durch die Frage selbst, die ihn nach seiner Einschätzung fragt, neben der reinen Antwortkompetenz zudem auch die epistemisch-kognitive Kompetenz unterstellt, sich an Erklärungsfindungsprozessen beteiligen zu können.

4.5 Eine Typologie für Fragen in OPD-Gesprächen?

Die Analyse der Daten aus dem hier vorliegenden Korpus hat die Vermutung bestätigt, dass sich die von Weiste und Peräkylä identifizierten Funktionen von *formulations* auch an therapeutischen Fragehandlungen nachweisen lassen. Es hat sich aber auch gezeigt, dass die Verbindung zwischen *formulations* und Fragen noch weiter geht: Über strukturelle und funktionale Ähnlichkeiten hinaus treten beide oft auch in Kombination miteinander auf. Außerdem konnten zwei neue Typen identifiziert werden. Diese sind jedoch nur als Auswahl unter vielen verschiedenen, jeweils mehr oder weniger auf eine spezifische therapeutische Funktion zugeschnittenen Realisierungen von Fragen zu verstehen. Der Akzent der vorliegenden Studie liegt zwar vorläufig noch auf einem systematisierenden Vorgehen. Jedoch wurden in 4.3.5 auch die Grenzen eines solchen Systematisierungsvorhabens angedeutet. Es ist auch nur von bedingtem Nutzen für die linguistische Psychotherapieforschung, sprachliche Handlungen schematisch einzuteilen. Gerade aus der Gesprächsdynamik heraus entstehende und aus dieser heraus zu verstehende Abweichungen von den Idealtypen funktionaler Beschreibungen sind es nämlich, die neue Erkenntnisse ermöglichen: Sie geben Aufschluss über die Vielfalt von Möglichkeiten, das Potenzial sprachlicher Handlungen kreativ für die Unterstützung oder sogar Ausführung therapeutischer Aufgaben zu nutzen. Vor allem können Abweichungen zeigen, wie an bestimmten Stellen in einem Gespräch – mit oder ohne therapeutischem Hintergrund – punktgenau den lokalen Erfordernissen, die sich zusammen aus allgemeinen ‘Geboten’ für Interaktion überhaupt und der spezifischen Aufgabenstellung ergeben, begegnet wird.

5. Fazit und Ausblick

In dieser Arbeit wurde das Vorkommen von Fragen in psychotherapeutischen Diagnosegesprächen untersucht. Nach einer Klärung der kontextspezifischen Voraussetzungen psychotherapeutischer Gespräche im Allgemeinen wurden therapeutisches Handeln und insbesondere zwei therapeutische Handlungen, nämlich *formulations* und Fragen, näher in den Blick genommen. Die Untersuchung empirischer Daten aus einem OPD-Gesprächskorpus hat ergeben, dass Fragehandlungen in Psychotherapiegesprächen ähnliche Funktionen erfüllen können wie *formulations*. Ihren Ausgang nahm diese Untersuchung bei einer Einteilung von *formulations* in vier Typen nach Weiste/Peräkylä (2013). Die von den beiden Autoren beschriebenen Funktionstypen ließen sich auch zur Bestimmung von Fragehandlungen anwenden, wobei in dem hier vorliegenden Material darüber hinaus zwei weitere Fragetypen gefunden wurden. Auch hat sich an vielen Stellen gezeigt, dass die Bestimmung bei Weiste/Peräkylä (2013) idealtypisch angelegt ist und nicht immer klare Entsprechungen im empirischen Datenmaterial findet. An der sequenziellen Umgebung der Fragen in den analysierten Transkriptausschnitten ließ sich zudem beobachten, dass Fragen oftmals zu expandierten Antworten bei Patienten führen. Entgegen verbreiteter psychotherapiepraktischer Annahmen können Fragen also durchaus zum Elizitieren der Patientenrede geeignet sein – vorausgesetzt, sie werden auf eine bestimmte Weise gestaltet und passend eingesetzt. Ob ein grundsätzlicher Verzicht auf Fragen als normative therapeutische Richtlinie sinnvoll sein kann, ist daher kritisch zu hinterfragen.

Was zunächst offen bleiben muss, ist, ob die beiden ‘neuen’ Funktionstypen aus 4.4.1 und 4.4.2 an die sprachliche Form der Frage gebunden oder ob auch sie wiederum auf andere therapeutische Sprachhandlungsformen wie beispielsweise *extensions* übertragbar sind. Auch wäre noch näher zu untersuchen, ob die beiden in 4.4 identifizierten Typen ausschließlich in OPD-Gesprächen vorkommen oder ob sich ähnliche Realisierungen von Fragen auch in anderen psychotherapeutischen Gesprächsformaten finden lassen. Auf der Grundlage dieser qualitativen Analyse wären zudem noch quantitative Untersuchungen wünschenswert. Für solche bedürfte es allerdings eines Korpus mit einer umfangreicheren Sammlung von Gesprächsdaten. Interessant wäre in dieser Hinsicht, wie eben schon angedeutet wurde, auch ein Vergleich zwischen Interviews auf der Grundlage verschiedener therapeutischer Orientierungen – etwa eines OPD-Interviews – gegenüber einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Eingangsgespräch. Schließlich ließen sich die hier eher okkasionell eingebrachten Ansätze zur Beschreibung des Zusammenwirkens verschiedener therapeutischer Handlungen noch weitergehend vertiefen und über Fragen und *formulations* hinaus auf alle der derzeit bekannten, beziehungsweise in der linguistischen Therapieforschung etablierten Handlungen in Therapiegesprächen – auch denen von Patienten – ausweiten.

Anhang: Transkriptionskonventionen

Anmerkung: Es wurden, wie bereits in der Arbeit vermerkt, die Transkriptionskonventionen nach GAT2 zugrunde gelegt. Zum Hintergrund, den genauen Richtlinien und möglichen Varianten siehe den Beitrag von Selting et al. (2009), an den auch der folgende Überblick angelehnt ist. Die hier wiedergegebenen Konventionen umfassen nur die wichtigsten in den Transkriptausschnitten der vorliegenden Arbeit verwendeten Transkriptionszeichen. Diese Zeichen erstrecken sich über alle drei Differenzierungsebenen vom Minimal- über das Basis- bis hin zum Feintranskript.

[]	Überlappungen und Simultansprechen
[]	
°h / h°	Ein- bzw. Ausatmen von ca. 0,2-0,5 Sek. Dauer
°hh / hh°	Ein- bzw. Ausatmen von ca. 0,5-0,8 Sek. Dauer
°hhh / hhh°	Ein- bzw. Ausatmen von ca. 0,8-1,0 Sek. Dauer
(.)	Mikropause, geschätzt, bis ca. 0,2 Sek. Dauer
(-)	kurze geschätzte Pause von ca. 0,2-0,5 Sek. Dauer
(--)	mittlere geschätzte Pause von ca. 0,5-0,8 Sek. Dauer
(---)	längere geschätzte Pause von ca. 0,8-1,0 Sek. Dauer
(0.7)	gemessene Pausen (Angabe mit einer Stelle hinter dem Punkt)
und_äh	Verschleifungen innerhalb von Einheiten
äh öh	Verzögerungssignale, sog. "gefüllte Pausen"
Hm ja nein / hm_hm ja_a ne_ein	Rezeptionssignale, einsilbig / zweisilbig
((hustet)) ((lacht))	para- und außersprachliche Handlungen u. Ereignisse
<<hustend> > <<lachend> >	sprachbegleitende para- und außersprachliche Handlungen und Ereignisse mit Reichweite
()	unverständliche Passage ohne weitere Angaben
(also)	vermuteter Wortlaut
(also/ach so)	mögliche Alternativen
(xxx) / (xxx xxx)	ein bzw. zwei unverständliche Silben
((unverständlich, ca. 3 Sek.))	unverständliche Passage mit Angabe der Dauer
=	schneller, unmittelbarer Anschluss neuer Sprecherbeiträge oder Segmente (<i>latching</i>)

:	Dehnung, Längung, um ca. 0,2-0,5 Sek.
::	Dehnung, Längung, um ca. 0,5-0,8 Sek
:::	Dehnung, Längung, um ca. 0,8-1,0 Sek.
akZENT	Fokusakzent
akzEnt	Nebenakzent
ak!ZENT!	extra starker Akzent
	Lautstärke- und Sprechgeschwindigkeitsveränderungen, mit Extension:
<<f> > / <<ff> >	forte, laut / fortissimo, sehr laut
<<p> > / <<pp> >	piano, leise / pianissimo, sehr leise
<<all> >	allegro, schnell
<<len> >	lento, langsam
<<cresc> >	crescendo, lauter werdend
<<dim> >	diminuendo, leiser werdend
<<acc> >	accelerando, schneller werdend
<<rall> >	rallentando, langsamer werdend

Literatur

- Aijmer, Karin/Archer, Dawn/Wichmann, Anne (2012): *Pragmatics. An advanced resource book for students*. New York.
- Antaki, Charles (2008): Formulations in psychotherapy. In: Peräkylä et al. (Hg.), S. 26-42.
- Arbeitskreis OPD (Hg.) (2014): *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. 3., überarb. Aufl. Bern.
- Auer, Peter (2013): Einleitung. In: Auer, Peter (Hg.), S. 1-41.
- Auer, Peter (Hg.) (2013): *Sprachwissenschaft. Grammatik – Interaktion – Kognition*. Stuttgart/Weimar.
- Benjamin, Lorna Smith (1974): Structural analysis of social behavior SASB. In: *Psychological Review* 81, S. 392-425.
- Benzenhöfer, Udo (2007): *Der Arztphilosoph Viktor von Weizsäcker – Leben und Werk im Überblick*. Göttingen.
- Bilmes, Jack (2015): The structure of meaning in talk. Explorations in category analysis. Bd. 1. Co-categorization, contrast, and hierarchy. http://www2.hawaii.edu/~bilmes/structure_of_meaning.pdf. (Stand: 12.11.2015).
- Bluhm, Claudia et al. (2000): Linguistische Diskursanalyse: Überblick, Probleme, Perspektiven. In: *Sprache und Literatur in Wissenschaft und Unterricht* 88, S. 3-19.
- Brinker, Klaus/Sager, Sven F. (2010): *Linguistische Gesprächsanalyse. Eine Einführung*. 5., neu bearb. Aufl. (= Grundlagen der Germanistik 30). Berlin.
- Brown, Penelope/Levinson, Stephen (1987): *Politeness. Some universals in language usage*. (= Studies in Interactional Sociolinguistics 4). Cambridge.
- Deppermann, Arnulf (2008a): *Gespräche analysieren. Eine Einführung*. 4. Aufl. (= Qualitative Sozialforschung 3). Wiesbaden.
- Deppermann, Arnulf (2008b): Verstehen im Gespräch. In: Eichinger, Ludwig M./Kämper, Heidrun (Hg.): *Sprache – Kognition – Kultur. Sprache zwischen mentaler Struktur und kultureller Prägung*. (= Jahrbuch des Instituts für Deutsche Sprache 2007). Berlin, S. 225-261.
- Deppermann, Arnulf (2015): Pragmatik revisited. In: Eichinger, Ludwig M. (Hg.): *Sprachwissenschaft im Fokus. Positionsbestimmungen und Perspektiven*. (= Jahrbuch des Instituts für Deutsche Sprache 2014). Berlin, S. 323-348.
- Dinger, Ulrike et al. (2014): Day-clinic and inpatient psychotherapy for depression (DIP-D): A randomized controlled pilot study in routine clinical care. In: *Psychotherapy and Psychosomatics* 83, S. 194-195.
- Dinger, Ulrike et al. (2015): Day-clinic and inpatient psychotherapy of depression (DIP-D). Secondary outcomes and follow-up results of a randomized-controlled pilot trial. In: *Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie* 65, S. 261-267.
- Ehrenthal, Johannes C. (2012): Mit Karte und Kompass – OPD in der Praxis. In: *Psychotherapie im Dialog* 13, S. 16-21.
- Ehrenthal, Johannes C. (2014): Strukturdiagnostik – Neue Ergebnisse aus der Forschung für die Praxis. In: *Psychodynamische Psychotherapie* 13, S. 103-114.
- Ehrenthal, Johannes C./Grande, Tilman (2014): Fokusorientierte Beziehungsgestaltung in der Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen – ein integratives Modell. In: *Psychotherapie im Dialog* 3, S. 80-85.
- Ehrhardt, Claus/Heringer, Hans Jürgen (2011): *Pragmatik*. Paderborn.
- Fonagy, Peter/Allison, Liz (2014): The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. In: *Psychotherapy* 51, S. 372-380.
- Franz, Matthias et al. (2015): Stationäre tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie bei depressiven Störungen (STOP-D) – Erste Befunde einer naturalistischen, multizentrischen Wirksamkeitsstudie. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 61, 1, S. 19-35.

- Hampshire, Stuart (1960): *Thought and action*. 2. Aufl. London.
- Heritage, John (2010): Questioning in medicine. In: Ehrlich, Susanne/Freed, Alice F. (Hg.): "Why Do You Ask?". The function of questions in institutional discourse. Oxford, S. 42-68.
- Holly, Werner (2001): Beziehungsmanagement und Imagearbeit. In: Brinker, Klaus et al. (Hg.): *Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung*. 2. Halbband. (= Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft 16). Berlin, S. 1382-1393.
- Høglend, Per/Gabbard, Glen O. (2012): When is transference work useful in dynamic psychotherapy. In: Levy, Raymond A./Ablon, J. Stuart/Kächele, Horst (Hg.): *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence based practice and practice based evidence*. New York. S. 449-467.
- Horvath, Adam O. et al. (2011): Alliance in individual psychotherapy. In: *Psychotherapy* 48, S. 9-16.
- Kitzinger, Celia (2013): Repair. In: Sidnell, Jack/Stivers, Tanya (Hg.): *The handbook of conversation analysis*. Chichester, S. 229-256.
- Köller, Wilhelm (2004): *Perspektivität und Sprache. Zur Struktur von Objektivierungsformen in Bildern, im Denken und in der Sprache*. Berlin.
- Konerding, Klaus-Peter (2015): Heilung durch Sprache und Sprechen. *Linguistik und Psychotherapie*. In: Busch, Albert/Spranz-Fogasy, Thomas (Hg.): *Handbuch Sprache in der Medizin*. (= Handbücher Sprachwissen 11). Berlin, S. 225-242.
- Labov, William/Fanshel, David (1977): *Therapeutic discourse: Psychotherapy as conversation*. New York.
- Levinson, Stephen (2000): *Pragmatik*. Übersetzt von Martina Wiese. 3. Aufl. (= *Konzepte der Sprach- und Literaturwissenschaft* 39). Tübingen.
- Levy, Kenneth N. et al. (2006): Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of Transference Focused Psychotherapy for borderline personality disorder. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74, S. 1027-1040.
- Levitt, Heidi M. (2015): Qualitative psychotherapy research: The journey so far and future directions. In: *Psychotherapy* 52, S. 31-37.
- Linke, Angelika/Nussbaumer, Markus/Portmann, Paul R. (2004): *Studienbuch Linguistik*. 5., erw. Aufl. (= *Reihe Germanistische Linguistik* 121). Tübingen.
- Lutz, Wolfgang (2010): Was ist Psychotherapie? Grundlagen und Modelle. In: Lutz (Hg.), S. 25-48.
- Lutz, Wolfgang et al. (2010): Richtungen und Verfahren der Psychotherapie im Überblick 1: Theoretische Orientierungen. In: Lutz (Hg.), S. 125-150.
- Lutz, Wolfgang (Hg.) (2010): *Lehrbuch Psychotherapie*. Bern.
- MacMartin, Clare (2008): Resisting optimistic questions in narrative and solution-focused therapies. In: Peräkylä et al. (Hg.), S. 80-99.
- Orlinsky, David E. (2009): The "Generic Model of Psychotherapy" after 25 years: Evolution of a research-based metatheory. In: *Journal of Psychotherapy Integration* 19, S. 319-339.
- Pain, Jean (2009): Not just talking. *Conversation analysis. Harvey Sacks' gift to psychotherapy*. London.
- Pawelczyk, Joanna (2011): Talk as therapy. *Psychotherapy in a linguistic perspective*. (= *Trends in Applied Linguistics* 7). Berlin.
- Peräkylä, Anssi (2004): Making links in psychoanalytic interpretations: A conversation analytic perspective. In: *Psychotherapy Research* 14, S. 289-307.
- Peräkylä, Anssi (2008): Conversation analysis and psychoanalysis: Interpretation, affect, and intersubjectivity. In: Peräkylä et al. (Hg.), S. 100-119.
- Peräkylä, Anssi et al. (2008): Analysing psychotherapy in practice. In: Peräkylä et al. (Hg.), S. 5-25.
- Peräkylä, Anssi et al. (Hg.) (2008): *Conversation analysis and psychotherapy*. Cambridge.
- Rombach, Heinrich (1988): *Über Ursprung und Wesen der Frage*. 2., unveränd. Aufl. Freiburg.
- Rudolf, Gerhard (2014): *Psychodynamische Psychotherapie. Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma*. 2., überarb. Aufl. Stuttgart.

- Rüger, Ulrich et al. (2015): Faber-Haarstrick. Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. 10. Aufl. München.
- Sachse, Rainer (1999): Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie. Göttingen.
- Scarvaglieri, Claudio (2013): „Nichts anderes als ein Austausch von Worten“. Sprachliches Handeln in der Psychotherapie. (= Reihe Germanistische Linguistik 298). Berlin.
- Schwitalla, Johannes (2006): Gesprochenes Deutsch. Eine Einführung. 3. Aufl. Berlin.
- Selting, Margret et al. (2009): Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT2). In: Gesprächsforschung. Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 10, S. 353-402.
- Shedler, Jonathan (2011): Die Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie. In: Psychotherapeut 56, S. 265-277.
- Sommers-Flanagan, John/Sommers-Flanagan, Rita (2015): Clinical interviewing. 5. Aufl. Weinheim.
- Spranz-Fogasy, Thomas (2005): Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen. Gesprächseröffnung und Beschwerdenexploration. In: Neises, Mechthild/Ditz, Susanne/Spranz-Fogasy, Thomas (Hg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Stuttgart, S. 17-47.
- Spranz-Fogasy, Thomas (2010): Verstehensdokumentation in der medizinischen Kommunikation: Fragen und Antworten im Arzt-Patient-Gespräch. In: Deppermann, Arnulf et al.: Verstehen in professionellen Handlungsfeldern. (= Studien zur Deutschen Sprache 52). Tübingen, S. 27-116.
- Stukenbrock, Anja (2013): Sprachliche Interaktion. In: Auer, Peter (Hg.), S. 217-252.
- Vehviläinen, Sanna (2003): Preparing and delivering interpretations in psychoanalytic interaction. In: Text 23, S. 573-606.
- Vehviläinen, Sanna et al. (2008): A review of conversational practices in psychotherapy. In: Peräkylä et al. (Hg.), S. 188-197.
- Wachtel, Paul L. (2011): Therapeutic communication. Knowing what to say when. 2. Aufl. New York.
- Wagh, Linda R. et al. (2013): Meaning in texts and contexts. In: Allan, Keith (Hg.): The Oxford handbook of the history of linguistics. Oxford, S. 613-634.
- Weiste, Elina/Peräkylä, Anssi (2013): A comparative conversation analytic study of formulations in psychoanalysis and cognitive psychotherapy. In: Research on Language and Social Interaction 46, S. 299-321.
- Weiste, Elina/Peräkylä, Anssi (2015): Therapeutic discourse. In: Tracy, Karen/Ilie, Cornelia/Sandel, Todd (Hg.): The international encyclopedia of language and social interaction. Chichester u.a., S. 1-10.

Zu den Autoren:

Christina Mack ist wissenschaftliche Hilfskraft in der Abteilung Pragmatik am Institut für Deutsche Sprache in Mannheim.

Christoph Nikendei ist apl. Professor und leitender Oberarzt an der Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik Heidelberg.

Johannes C. Ehrental ist Professor für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse am Institut für Psychologie der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt.

Thomas Spranz-Fogasy ist wissenschaftlicher Mitarbeiter der Abteilung Pragmatik am Institut für Deutsche Sprache in Mannheim und apl. Professor an der Universität Mannheim.